Doctor Nettleship

5

FRAGMENTS
D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE



BLÉPHARITE. — GRANULOME PALPÉBRAL.
CONJONCTIVITE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS.
CONJONCTIVITE GRANULEUSE.
KÉRATITE VASCULAIRE D'ORIGINE GRANULEUSE.

Par le Docteur S. BAUDRY

Médecin-Oculiste du Bureau de Bienfaisance de Lille.

PARIS

O. BERTHIER, ÉDITEUR

104, Boulevard St-Germain, 104

1883.

PRIX : 2 FRANCS 50.

EN VENTE A LA MÊME LIBRAIRIE :

With the author's Compliments
Baudry
5

FRAGMENTS

D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE

BLÉPHARITE. — GRANULOME PALPÉBRAL.
CONJONCTIVITE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS.
CONJONCTIVITE GRANULEUSE.
KÉRATITE VASCULAIRE D'ORIGINE GRANULEUSE.

Par le Docteur S. BAUDRY

Médecin-Oculiste du Bureau de Bienfaisance de Lille.



PARIS

O. BERTHIER, ÉDITEUR

104, Boulevard St-Germain, 104

1883.

DE LA BLÉPHARITE

L'inflammation *du bord libre* des paupières, que nous appelons *blépharite* (bien que le sens étymologique signifie inflammation des paupières), avec la conjonctivite catarrhale et les granulations, sont les affections oculaires qu'on a le plus souvent à soigner.

Dans sa forme la plus bénigne, à son début même, la *blépharite* est déjà une affection sérieuse, parce que, négligée, elle deviendra, parfois, une difformité hideuse, une maladie souvent incurable et toujours chronique. Sans compter qu'à l'état d'hypérémie ou de premier degré d'inflammation, elle rend les yeux sensibles à la moindre irritation, et fait que tout travail quelque peu minutieux et prolongé devient très pénible, sinon impossible. En raison de sa fréquence, de sa chronicité, et de sa gravité relative, il m'a paru utile d'insister sur les symptômes, les causes multiples et le traitement assez difficile de cette affection.

Il est peu de maladies dont on ait décrit autant de variétés, basées sur les causes, les lésions anatomiques, ou certains symptômes plus accusés, distinctions bonnes à jeter la confusion dans l'esprit du médecin. Cependant, je signalerai comme ayant une grande importance au point de vue pratique, l'opinion de MM. de Wecker et Gayat qui font, des différentes formes de *blépharite*, autant de variétés d'*eczéma : eczéma rubrum*, *squammeux*, *sycomateux*, etc. Prenant comme point de départ l'intensité et le siège du travail inflammatoire, je m'en tiendrai

à la division classique de *blépharite simple* et *blépharite glandulo-ciliaire.*

Symptômes. *Blépharite simple.* — L'inflammation, très légère, reste limitée à la peau et à la muqueuse qui constituent le bord palpébral et dont les éléments anatomiques ne sont nullement modifiés. Elle débute souvent par un gonflement peu marqué, avec *rougeur* accusée principalement aux angles. Parfois, un peu d'écume blanchâtre due au mélange du liquide meïbomien sécrété en excès avec les larmes alcalines se remarque surtout au niveau du grand angle. Les malades éprouvent des picotements, des démangeaisons qui les portent à se frotter les yeux à chaque instant *(gratelle).* L'air est-il confiné ou vicié par une poussière irritante ou la fumée de tabac, ou bien s'agit-il de travailler à la lumière artificielle, les symptômes redoublent d'intensité, les paupières s'alourdissent et les yeux se remplissent de larmes.

D'autres fois, le bord palpébral se recouvre d'écailles ou de poussières épidermiques blanchâtres, en tout semblables à celles du cuir chevelu atteint de pityriasis (blépharite furfuracée ou pityriasique). Ces petits corps étrangers qui se déplacent facilement augmentent l'irritation, et la démangeaison est des plus vives. Là ne se bornent pas les conséquences de cette forme de blépharite : les écailles épidermiques formant corps avec les produits de sécrétion exagérée des glandes, emprisonnent les cils à leur base, obstruent les orifices des conduits excréteurs, et l'inflammation, gagnant d'intensité et de proche en proche, aboutit à la variété suivante :

Blépharite glandulo-ciliaire. — Si, à la période de début, alors qu'elle est encore curable, la blépharite est abandonnée à elle-même, comme cela arrive, malheu-

reusement, dans la classe nécessiteuse, l'inflammation, activée par une mauvaise hygiène et par la *malpropreté*, envahira, en les altérant, le derme, les glandes, les cils et, finalement, le tarse lui-même : c'est la *blépharite glandulo-ciliaire* avec ses complications.

De petits boutons d'acné du volume d'une tête d'épingle existent entre les cils ou à leur base même, ou bien encore de larges pustules dont le pus, en se concrétant et en se desséchant, forme des croûtes que les cils traversent. Si, à l'aide des ongles, ou mieux d'une petite pince spéciale dite pince à curette, on enlève ces croûtes, on trouve au-dessous, du pus baignant de légères excoriations et des ulcères profonds en forme de cupule, saignant avec la plus grande facilité. Les *cils,* altérés par suite de l'inflammation du bulbe, courts, gros et pigmentés, viennent en même temps que les croûtes, soit quand, au moment du réveil, le malade cherche à décoller ses paupières, soit quand le médecin lui-même fait le nettoyage ; à la longue, les cils tombent, laissant les bords palpébraux entièrement glabres (madarosis) ; ou bien ils repoussent, pâles, rares, mal implantés, ou déviés, le plus souvent, vers la cornée qu'ils frottent et irritent.

A cette période, les bulbes pileux s'atrophient, les ulcérations profondes dues à la suppuration des follicules se comblent par une cicatrice rétractile, et le tissu cellulaire voisin infiltré de cellules lymphoïdes s'hypertrophie. C'est alors que le bord des paupières, gonflé, induré, s'arrondit irrégulièrement et se renverse, déviant les points lacrymaux, incurvant les extrémités des conduits meïbomiens dont l'orifice s'oblitère en même temps que celui des glandes sébacées.

Nous arrivons aux complications presque constantes de cette affection.

Les larmes, sécrétées en abondance, ne pouvant s'écouler par les points lacrymaux déviés et enflammés, irritent constamment le bord palpébral que ne lubréfie plus le liquide onctueux des glandes sébacées et meïbomiennes. L'épiderme de la peau des paupières, macéré par le contact permanent des larmes qui s'écoulent sur la joue, se détache, le derme s'excorie, puis vient la rétraction cicatricielle qui renverse le bord libre en avant : c'est l'*ectropion*.

La *conjonctivite* est une complication tellement constante que beaucoup d'auteurs décrivent la maladie dont nons nous occupons sous le nom de *blépharo-conjonctivite*. Cette muqueuse, devenue rouge, tomenteuse, boursouflée, recouverte de mucosités à demi desséchées, encadre plus ou moins hideusement les yeux : d'où l'expression vulgaire « d'œil d'anchois. » Le *tarse* lui-même, participant au travail inflammatoire, surtout si des granulations existent, s'atrophie, se ratatine, s'incurve en arrière et donne lieu à l'*entropion*. L'organe essentiel à la vision, le globe oculaire, insuffisamment à l'abri des corps étrangers extérieurs, va devenir le siège de kératites ulcéreuses rebelles, de phlyctènes, etc.

Chez l'enfant entouré de soins et de conditions hygiéniques excellentes, la blépharite guérit souvent en quelques mois ; les cils tombés repoussent, mais il y a une fâcheuse tendance aux récidives que le médecin ne doit jamais perdre de vue ; parfois, une fièvre éruptive ramènera des poussées inflammatoires suivies de rémission ou de guérison définitive, mais ayant laissé des traces, soit un *trichiasis*, soit un léger degré d'*entropion*. Dans la classe pauvre, au contraire, par une coupable négligence des parents, les enfants atteints de blépharite

vivent avec leur mal, au milieu des causes qui l'entretiennent, puis, devenus adultes, la maladie ayant passé par les périodes que j'ai énumérées, les uns vivent de leur hideuse infirmité en excitant la pitié publique, les autres sont réduits à un travail grossier qui réclame seulement une vision bien imparfaite.

Les causes qui provoquent l'inflammation, à ses différents degrés, du bord libre des papuières, tiennent : 1° *à l'état général ; 2° au milieu ; 3° à l'appareil de la vision.*

État général. — La blépharite est surtout la maladie de l'enfance ; dans sa forme bénigne, on la rencontre dans la classe aisée à tous les âges, plus souvent chez la femme que chez l'homme. Grâce à des soins attentifs, elle guérit et devient rarement *glandulo-ciliaire*, comme dans la classe pauvre. Le tempérament strumeux ou simplement lymphatique, les sujets blonds, anémiques, mal nourris, à peau fine et délicate, y sont particulièrement prédisposés.

Il est d'observation commune que les personnes dont la peau irritable devient le siège d'éruptions telles que l'acné et l'eczéma sont affectées fréquemment de blépharite ; cela se conçoit aisément : le bord libre des paupières, comme certains orifices naturels, se trouve baigné par des sécrétions et donne facilement prise à l'inflammation.

Les maladies générales qui entraînent l'épuisement et modifient l'organisme profondément, telles que la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives, rougeole, variole, etc., sont aussi souvent suivies de blépharite.

Milieu. — La *malpropreté* et les conditions hygiéniques défavorables occupent une place importante parmi les différentes causes de blépharite, et si on a pu mettre en

doute la présence de champignons particuliers trouvés par quelques auteurs dans les follicules pileux malades, on ne peut nier celle de poux communs et même de poux du pubis au niveau des cils.

Les quartiers populeux, encombrés, les habitations étroites, humides, dans lesquels l'air circùle difficilement et le soleil ne pénètre jamais, sont les terrains de prédileetion. Qui nierait l'influence, comme causes occasionnelles, de *l'encombrement* dans les salles d'asile et les chambrées, de la *viciation de l'air* par des gaz irritants, tels que l'ammoniaque et le soufre, ou par la fumée de tabac, et *du froid humide de la nuit?*

Appareil de la vision. — Venant de l'appareil de la viston, l'irritation part :

1° *Des voies lacrymales.* — C'est la cause de beaucoup la plus commune; sur plus de 500 cas de blépharites, M. Galezowski en a noté 350 d'origine lacrymale. Il s'agit, le plus souvent, d'obstructions de ces voies. Les larmes s'écoulent par dessus les paupières que les sécrétions des glandes sont impuissantes à protéger, et la succession des symptômes aboutit à l'ectropion, suivant le mécanisme que j'ai indiqué plus haut.

Tandis que l'inflammation du bord libre des paupières, liée à l'état général, à une constitution mauvaise et à des conditions hygiéniques détestables, atteint généralement les deux paupières, la blépharite d'origine *lacrymale* est toujours *unilatérale*, et M. Desmarres fils, dans ses excellentes leçons cliniques sur la chirurgie oculaire, a formulé cette loi : « *la blépharite monoculaire indique toujours une maladie des voies lacrymales, soit qu'elle la précède ou la suive.* »

2° *De la conjonctive.* — Cette muqueuse est fréquem-

ment le siège de granulations ou d'une inflammation chronique qui se propage au bord des paupières.

3° *Des glandes sébacées et meïbomiennes.* — Ces glandes sécrètent un liquide onctueux, qui, comme un vernis protecteur, s'étale sur le bord libre des paupières qu'il garantit du contact irritant des larmes et des poussières atmosphériques.

Admettons un défaut de sécrétion, ou bien l'obstruction des conduits excréteurs; dans le premier cas, le bord libre étant *à sec*, ainsi que les cils, l'inflammation provoquée par le contact irritant des larmes, va faire de rapides progrès; dans le second cas, le liquide emprisonné jouera le rôle de corps étranger et donnera naissance à de petits kystes conjonctivaux, à de la conjonctivite ou bien à ces petits granulomes qu'on appelle chalazions. Admettons, au contraire, un excès de sécrétion; des croûtes se formeront et le liquide sébacé s'altérant sous l'influence de l'air, il y aura blépharite par irritation chimique.

4° *Des anomalies de réfraction.* — Cette cause est loin d'être admise par certains auteurs qui ne voient là qu'une simple coïncidence. Pour *John Roosa*, au contraire, et pour beaucoup d'autres, il y a relation évidente de cause à effet entre l'amétropie et la blépharite ciliaire, comme elle est admise, par exemple, entre certaines formes de conjonctivite et certains vices de réfraction. Cette manière de voir s'appuie sur des statistiques sérieusement faites.

Enfin, M. le professeur Gosselin, dans son article blépharite, du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* (1866), admet, sans pouvoir en expliquer le mécanisme, la blépharite consécutive à la fatigue générale de l'appareil oculo-palpébral.

Il m'a paru nécessaire d'insister sur les causes de la blépharite, persuadé que leur connaissance exacte est d'une grande importance pour instituer le traitement.

Traitement.

Si certains remèdes, comme la pommade de *Lyon* ou celle de la veuve *Farnier*, tant vantés dans le public, étaient réellement des moyens *spécifiques*, il serait tout à fait superflu de distinguer une *blépharite lacrymale*, une *blépharite eczémateuse*. Je me hâte, toutefois, de dire que la crédulité seule des malades n'a pu faire le succès et la réputation de telle ou telle pommade, dont l'usage a été certainement plus d'une fois suivi de guérison. Le nombre est grand, nous allons le voir, des cas dans lesquels les préparations à base de précipité rouge, jaune ou blanc, trouvent un emploi rationnel, sans compter qu'un autre facteur du succès, et qui n'est pas le moindre, est certainement la persévérance des malades à s'en servir. L'essentiel est de ne pas, à l'aveugle, tâter de tel ou tel moyen, comme le font les empiriques. A cet effet, la première question qu'un praticien attentif s'attachera à résoudre, est la suivante : Quelle est la *cause* de la blépharite *simple* ou glandulo-ciliaire pour laquelle je suis consulté ? Celle-ci une fois connue, le traitement est tout tracé.

D'une façon générale, je n'hésite pas à dire que la blépharite *simple*, bien traitée, et surtout traitée dès le début, guérit presque toujours. Sans doute ce sera une question de plus ou moins de temps ; des rechutes seront à craindre qui, en quelques jours, feront perdre le bénéfice de plusieurs mois de traitement; le malade sera astreint à des soins particuliers et de tous les jours, quelquefois à un régime spécial, mais le résultat final sera la guérison. Malheusement, il n'en est plus de

même, si l'inflammation a déterminé des lésions de structure ; nous avons affaire alors à des désordres irréparables et tous nos efforts n'aboutiront qu'à un arrêt du mal et à une amélioration en rapport avec l'ancienneté de la maladie.

Voyons, tout d'abord, les moyens *généraux* applicables à tous les cas de blépharite, puis nous passerons aux indications *causales* pour terminer par le traitement local.

Une *propreté* minutieuse est, avant tout, de rigueur : condition qui, malheureusement, fait le plus souvent défaut là où elle devrait le moins manquer, c'est-à-dire dans la classe pauvre. Toutes les fois qu'il est nécessaire, mais au minimum trois fois dans le courant de la journée, les malades feront le nettoyage de leurs paupières en se servant d'eau à une température aussi chaude que possible.

Si le bord palpébral rouge et modérément enflammé est recouvert d'un enduit graisseux (*séborrée*), comme il arrive dans la blépharite simple, l'eau contiendra dissous un peu de savon fin, ou bien sera additionnée de sous-carbonate de soude, dans la proportion d'un gramme pour 500 grammes d'eau distillée. Quelques gouttes d'extrait de saturne remplaceront le sous-carbonate de soude, si la rougeur existe seule sans exagération de la sécrétion sébacée. Dans le but de ramollir les croûtes et de les désagréger, on aura recours aux bains locaux d'eau de guimauve et de pavots, au moyen de l'*œillère*, puis on tâchera de les enlever en passant très doucement un linge fin bien humecté. Le nettoyage sera complété en faisant usage de la pince à curette. Inutile de recommander, dans cette petite opération, beaucoup de patience et de douceur, surtout quand il s'agit des enfants. En effet, cette partie

du nettoyage ne se fait pas sans douleur : même avec beaucoup de précautions, les cils agglutinés sont tiraillés, les croûtes parfois dures et desséchées adhèrent au derme enflammé qui se déchire et saigne; les enfants poussent des cris, se défendent.

L'usage des cataplasmes est, dans ce cas, indispensable et ils rendent de grands services. Ils sont faits avec la fécule de riz et sont appliqués tièdes. Pendant la nuit, on les remplacera par des ronds de toile enduits de la pommade suivante :

Emplâtre de plomb.	ââ 20 grammes
Huile de lin . . .	
Baume du Pérou .	1 gramme.

Pour terminer avec les soins de propreté, une recommandation utile à faire aux parents, c'est de laver très souvent les mains salies, que les enfants atteints de blépharite portent constamment à leurs paupières devenues le siège de démangeaisons, et qu'on ne peut guère protéger par des conserves, ou par un bandeau, ou par un carré de soie flottant, moyens dangereux ou peu pratiques à cet âge.

La question de l'*hygiène* et du *régime* n'est pas moins importante que celle de la propreté.

Sans entrer dans des détails qu'on trouvera tout au long dans les traités d'hygiène, il est quelques points que je ne puis passer sous silence. Si, dans la plupart des cas, chez l'indigent, le praticien se heurte à des impossibilités matérielles comme celles d'une habitation plus confortable et d'une alimentation substantielle et mieux choisie, du moins peut-il indiquer certains moyens hygiéniques peu coûteux et dont l'influence sera salutaire. L'eau coulant

partout à profusion, pour le pauvre comme pour le riche, le visage des enfants sera lavé à grande eau, et si des ablutions quotidiennes ne sont pas acceptées, on recommandera avec insistance des lotions générales, des bains salés, suivis de frictions sèches. L'état général de ces enfants malingres, anémiques, sera ainsi rapidement amélioré. Aux enfants plus favorisés par la fortune, le médecin, mieux armé, conseillera l'air pur et vivifiant de la campagne et des bords de la mer en même temps qu'une alimentation très tonique.

Mais il faut bien se garder de tomber dans un excès contraire. Des aliments trop succulents et épicés, les vins généreux, en amenant le sang à la tête, favorisent la congestion des yeux et des paupières. Il en est de même d'un travail trop assidu, trop prolongé, surtout à la lumière artificielle.

L'*encombrement* dans les casernes, les chambrées, etc., réclament des mesures qui regardent l'autorité spéciale; mais quand il s'agit d'une salle d'asile ou d'une pension *trop à l'étroit*, le médecin conseillera aux parents de retirer, ou aux directrices et chefs d'institution, de renvoyer les enfants atteints de blépharo-conjonctivite. La guérison suivra souvent de près cette mesure qui sera en même temps une sauvegarde pour les enfants non atteints.

L'inflammation du bord libre des paupières est souvent liée à un état général particulier : anémie, diathèse scrofuleuse ou herpétique, qu'il ne faut pas négliger, sous peine d'échouer complètement dans le traitement. Dans le premier cas, aux mesures hygiéniques dont il vient d'être question, on joindra l'usage des toniques et des dépuratifs ferrugineux : iodure de fer, quinquina, sirop antiscorbutique, etc.

L'arséniate de soude en solution pour l'adulte, ou mélangé au sirop de quinquina, pour l'enfant, modifiera avantageusement la diathèse herpétique, avec les autres moyens employés en pareil cas.

La blépharite est-elle *monocolaire*? Nous savons, dans ce cas, qu'elle est due à une affection des voies lacrymales, le plus souvent déviation du point lacrymal inférieur, ou obstruction du canal lacrymo-nasal. En fendant, à l'aide du couteau de *Weber*, dans l'étendue de deux millimètres, ou plus, suivant les cas, le conduit lacrymal *inférieur*, le tranchant du couteau tourné en arrière et en haut, on aura souvent vite raison de la blépharite, traitée ensuite *localement*, comme je vais l'indiquer. Une obstruction réclame un traitement plus difficile, rentrant dans la chirurgie spéciale. Cependant, tout praticien pourra, à l'aide de la seringue d'Anel, pratiquer des injections d'eau tiède par le point lacrymal inférieur.

J'arrive au traitement *local* variable suivant que l'on a affaire à la blépharite *simple* ou *glandulo-ciliaire.*

1° *Blépharite simple.* — Quand il y a hypersécrétion des glandes sébacées, les bords libres seront lavés très souvent et nettoyés minutieusement, avec l'eau chaude légèrement savonneuse ou additionnée de sous-carbonate de soude. S'il y a, au contraire, rétention du liquide sébacé par obstruction des conduits excréteurs, l'ablation de quelques cils peut être nécessaire; quelques auteurs, pour désobstruer ces conduits, ont aussi conseillé la pommade à la *tuthie* porphyrisée. Dans ce cas, la blépharite étant due au contact irritant des larmes, la première indication est de remplacer le vernis protecteur par un corps gras qui ne puisse rancir au contact de l'air, la *vaseline*, par exemple.

Je ferai observer que les corps gras sont toujours nuisibles toutes les fois que les parties enflammées sont le siège de la plus petite ulcération. Le bord libre des paupières est-il simplement le siège de rougeur ou de poussières épidermiques (blépharite pityriasique)? il faut, matin et soir, à l'aide d'un pinceau, étendre sur les parties malades un peu de la mixture suivante :

Huile d'amandes douces. }
Huile de cade. . . . } ââ 5 grammes.

Plus tard, quand l'inflammation aura cédé, le malade appliquera, au niveau des cils, gros comme une tête d'épingle (pour chaque paupière), de la pommade au précipité rouge au 1/100, soit :

Précipité rouge, cinq centigrammes.
Vaseline, cinq grammes.

Les excoriations et les ulcérations superficielles seront traitées par les astringents : tannin, sous-acétate de plomb liquide, sulfate de zinc, sous forme de solutions très faibles (1 gr. pour 100 ou 200 grammes d'eau distillée). Le nitrate d'argent à la même dose sera aussi utilement employé.

Les démangeaisons, parfois si pénibles dans cette forme de blépharite, seront combattues par la poudre de calomel dont on saupoudrera les bords palpébraux.

2° *Blépharite glandulo-ciliaire.* — Les croûtes ayant été enlevées à l'aide d'émollients, de cataplasmes de fécule de riz et de la pince à curette, on trouve des ulcères en cupule, des bulbes pileux enflammés et les cils atrophiés et déviés. Il faut commencer par pratiquer *l'épilation* des *cils malades*. Certains médecins ont fait

de l'épilation *générale* le traitement de la blépharite; mais, actuellement, cette manière de faire est presque abandonnée. L'arrachement se borne aux cils mal implantés, déviés vers la cornée qu'ils irritent, et ne se répètent qu'à des intervalles de quelques jours. On se sert d'une pince spéciale et il faut, autant que possible, saisir chaque cil isolément, très près de son point d'implantation, en évitant de pincer ou de frotter les parties voisines toujours enflammées et prêtes à saigner au moindre contact. On fera sagement de couper les autres cils tout près de leur base, car ils acquièrent ainsi plus de solidité et ne peuvent plus s'agglutiner; d'un autre côté, les croûtes se détachent plus facilement.

Puis, on cautérisera les ulcérations isolées et profondes au moyen d'un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe très effilée, en ayant soin de neutraliser immédiatement l'action du caustique, à l'aide d'un pinceau imbibé d'eau salée. Cette cautérisation sera faite deux fois la semaine. Des compresses imbibées d'une solution de *nitrate d'argent* (1 gramme pour 200 grammes d'eau distillée) seront appliquées chaque jour sur les ulcérations plus étendues et moins profondes. Une fois l'épiderme reproduit, et l'inflammation tombée, en même temps que le gonflement, on aura recours à l'*huile de cade* ou à la pommade au *précipité rouge*.

L'hypertrophie considérable et permanente du bord libre des paupières sera utilement combattue par la rétraction cicatricielle consécutive aux petites plaies multiples produites par le scarificateur ou l'aiguille à tatouage, et cautérisées ensuite par une solution très forte (1 gr. pour 5 ou 10 gr.) de nitrate d'argent, aussitôt que l'écoulement sanguin a cessé.

DU GRANULOME PALPÉBRAL

Il est certaines dénominations consacrées, il est vrai, par l'usage et les années, et que, cependant, on est quelque peu surpris de retrouver dans les ouvrages modernes. Je ne contredirai pas que *chalazion* et *orgeolet*, par exemple, peuvent éveiller à l'esprit de ceux qui se souviennent des étymologies grecques et latines l'idée d'une vague ressemblance du mal avec le *grain d'orge* et le *grêlon*. Pour les anciens qui était fort mal renseignés sur la véritable valeur des affections, un caractère extérieur avait une signification; mais, actuellement, nous connaissons assez exactement la constitution anatomique de la petite tumeur que nous allons étudier, et l'appellation de *granulome* des paupières est la seule à retenir.

Historique. — Il faut arriver à *Carron du Villards*, *Stœber*, *Mackensie* et aux auteurs du *Compendium* de chirurgie pour lire une description anatomique de l'affection. Elle est rangée par ceux-ci parmi les kystes dermoïdes, et c'est, pour les premiers une variété de furoncle ou bien d'orgeolet. Je passe sous silence bien d'autres opinions aussi variées qu'erronées. Depuis les travaux de M. Sappey sur l'appareil glandulaire des paupières, le chalazion a été regardé presque universellement comme un kyste par rétention développé aux dépens des glandes de Meïbomius (*kystes meïbomiens*). C'est encore, si je ne me trompe, la définition qu'en donne M. *Abadie*, en 1877, et M. *Meyer*, en 1881. Ces dernières années pourtant, les recherches histologiques ont démontré que cette petite tumeur appartient à la classe des *granulomes* de Virchow, et qu'elle est formée de cellules embryoplastiques, de cellules géantes, et de quelques cellules fusiformes (*Michel*, *Panas*, *Riesezellen*).

Le granulome des paupières est une affection très commune; on la rencontre de 30 à 40 ans chez les personnes d'un tempérament lymphatique, ou ayant une prédisposition aux éruptions cutanées herpétiques, à

l'acné principalement. La blépharo-conjonctivite chronique et l'orgeolet en sont les causes les plus fréquentes. L'irritation inflammatoire de voisinage nécessaire au développement de cette production néoplasique, prend son origine dans l'appareil glandulaire des paupières, et, pour n'être pas elles-mêmes le siège du mal, les glandes de Meïbomius n'en sont pas moins très fréquemment le point de départ. Une fois formé, le granulome pourra devenir à son tour une cause d'irritation pour les tissus voisins, et déterminer, par compression, l'obstruction des conduits excréteurs des glandes; de là, les kystes intra-glandulaires.

Symptômes. Cette petite tumeur est souvent unique, mais il n'est pas exceptionnel d'en rencontrer deux ou trois sur la même paupière. Sa fréquence relative à la paupière supérieure s'explique, d'ailleurs, par la surface beaucoup plus étendue de ce voile musculo-membraneux. D'autres fois, on assiste à une évolution successive de ces productions morbides, ce qui a fait croire à la récidive sur place de granulomes complètement extirpés et ne pouvant, en aucune façon, se reproduire.

La tumeur que nous étudions se présente sous la forme d'une petite *bosselure* plus ou moins distante du bord libre des paupières qu'elle occupe quelquefois, ayant le volume moyen d'un gros pois, et soulevant la peau non adhérente qui ne change d'aspect que lorsque le granulome s'enflamme et s'abcède. Sa consistance est très variable; si, ayant retourné la paupière, on saisit la bosselure entre le pouce appliqué sur la conjonctive et l'index, pressant au point opposé, on a la sensation d'un tissu élastique quelquefois très mou, d'autres fois, au contraire, très dur, comme pierreux, suivant la

transformation du tissu morbide. La conjonctive tarsienne, à ce niveau, est à peine soulevée, mais vascularisée sous la forme d'une tache d'un rouge sombre, plus rarement la tache est d'un jaune transparent, quand la tumeur est demi-liquide. La pression constante des paupières contre le globe oculaire explique suffisamment pourquoi cette petite tumeur fait plutôt saillie du côté de la peau.

C'est seulement lorsque le granulome a acquis un certain développement que les malades se plaignent de gêne pendant le clignement. Leur attention est plus tôt éveillée, si, par son siège particulier sur le bord libre des paupières, ou près de la commissure externe, ou dans le voisinage du conduit lacrymal, la production morbide a donné lieu à des inconvénients plus marqués. Le symptôme douleur n'apparaît que lorsqu'une inflammation vive se déclare, amenant la guérison spontanée par suppuration.

C'est cette terminaison que le médecin recherche quand il a affaire à un malade pusillanime en quête de n'importe quel traitement médical, et ne voulant, à aucun prix, entendre parler d'intervention chirurgicale. Des confrères m'ont affirmé avoir fait disparaître des chalazions sous l'influence du massage digital de la tumeur pratiqué régulièrement chaque jour et *pendant longtemps*, ou bien à l'aide de cataplasmes ou de pommades iodurées. Ce doit être l'exception, et il est un bien plus grand nombre de personnes atteintes de granulomes, chez lesquelles les pommades réputées fondantes, ayant *seules fondu*, ont laissé les choses en l'état. Ce n'est pas à dire qu'il faille n'avoir qu'une seule préoccupation : opérer. Dans bien des cas, il sera très utile de modifier tout d'abord l'état local des paupières *(blépharo-conjonctivite chronique)* et l'état général par des préparations arsenicales et ferru-

gineuses. C'est à la période de début, surtout, que le traitement médical peut réussir à faire avorter ces productions néoplasiques. Une fois celles-ci bien développées, le traitement chirurgical est le seul curatif.

Quand la tumeur proémine, surtout à la partie postérieure du tarse aminci, quand sa consistance très molle indique une transformation muco-purulente, il convient d'inciser largement par la conjonctive; puis, une forte pression à l'aide des doigts ou bien du manche du bistouri ayant évacué le granulome, on aura recours au râclage de la plaie au moyen d'une cuillerée à bords tranchants, ou bien on introduira, dans la petite cavité, l'extrémité effilée d'un crayon de nitrate d'argent dont l'action caustique sera limitée par des lavages d'eau salée.

Le granulome d'un certain volume et faisant saillie vers la peau, réclame la *résection avec cautérisation* ou *l'ablation totale* par dissection complète. La pince-anneau de Desmarres, ou, à son défaut, la corne des boîtes d'opérations oculaires, est ici d'une grande utilité : on opère à blanc; la paupière est bien immobilisée et on n'a pas à craindre la blessure du globe de l'œil par un écart du bistouri. La peau est incisée parallèlement au bord libre de la paupière, puis séparée, ainsi que les fibres de l'orbiculaire, le plus possible du granulome que l'on accroche au moyen d'une petite érigne. On détache la tumeur du tarse au moyen des petits ciseaux, ou bien on la dissèque avec soin, comme s'il s'agissait de l'énucléation d'un kyste. Dans ce dernier cas, il est inutile de porter ensuite le crayon de nitrate d'argent dans la plaie. La pince-anneau est ensuite retirée, et on fera bien d'attendre quelques instants, que les tissus se décongestionnent, et que le sang s'écoule avant de faire un ou

deux points de suture à la peau. On applique pendant quarante-huit heures des compresses d'eau froide légèrement alcoolisée ou boratée, maintenues sur les paupières par un bandeau compressif. Au bout de quelques semaines, en général, il n'y a plus trace de l'affection.

Quand le granulome est situé près du point ou près du conduit lacrymal, il faut opérer avec prudence, de façon à ne pas entamer ces parties et à ne pas déterminer, par la suite, un obstacle au cours des larmes.

CONJONCTIVITE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS

On a fait beaucoup de bruit, il y a quelque temps, autour d'une *circulaire-consultation* ministérielle qui fit le tour de la presse médicale aussi bien que de la presse politique et littéraire. L'Etat recommandant son traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, cela ne s'était jamais vu en France ! Cependant, à part le côté singulier de la consultation, le Ministre de l'Intérieur a fait œuvre utile, et a eu le très grand mérite d'appeler l'attention publique sur les ravages de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, *le tiers des aveugles* le devenant par le fait de cette affection si souvent négligée, ainsi qu'il résulte des statistiques de M. Coppez (1) et de M. Fieuzal (2). Depuis, le Bureau municipal d'hygiène de la ville du Hâvre, que nous ne saurions trop féliciter,

---

(1) Coppez. *Journal de Médecine de Bruxelles*, 1879 et 1880.
(2) Fieuzal. *Fragments d'Ophtalmologie*, 1879.

a pris l'initiative d'une mesure qui devrait être, à l'heure qu'il est, *générale*. Aux parents qui viennent déclarer une naissance, on remet gratuitement une petite brochure parfaitement rédigée par notre distingué confrère, le Dr *Brière*, indiquant les dangers de l'affection, les symptômes prémonitoires et les premiers soins à donner en attendant le *médecin* qui sera mandé le *plus tôt possible*.

M. Brière vient de m'écrire que l'année prochaine, la petite brochure, souvent employée à autre chose que ce à quoi elle est destinée, sera, sur sa demande, transformée en une note imprimée sur une simple feuille de papier très fort. Elle frappera certainement ainsi davantage les yeux des personnes auxquelles elle sera distribuée.

La conjonctivite *purulenle* des nouveau-nés est, en effet, l'affection qui peuple, en grande partie, les Instituts des Jeunes Aveugles, sans compter que ceux qu'elle a moins cruellement martyrisés seront une charge permanente pour l'Assistance publique. D'un autre côté, si l'on songe que *toute conjonctivite purulente des nouveau-nés soignée à temps guérit toujours*, il incombe aux Administrations diverses, comme à tous les médecins, de jeter le cri d'alarme. Malheureusement, il faudra lutter longtemps encore contre : 1° *la négligence* et *le mauvais vouloir* de parents bien coupables ; 2° certains *préjugés* profondément enracinés dans la multitude, touchant la nature du mal et son traitement; 3° enfin, contre ce mot terrible ici dans ses conséquences, *l'ignorance* du danger.

Causes. Deux points dans l'étiologie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés rallient la majorité des opinions : son *développement par inoculation* (blennorrhagie, leucorrhée) et sa *contagion*. Dans cette question, les chiffres font loi :

je citerai la statistique du Dr *Lederschold*, médecin de la Maternité de Stockholm (1) et celle du Dr *J. Looten* (2).

De ces deux documents et d'autres observations non moins concluantes, il résulte : que la plupart des nouveau-nés atteints d'ophtalmie purulente proviennent de mères ayant ou ayant eu, pendant leur grossesse, une uréthro-vaginite; qu'un certain nombre d'enfants nés de mères affectées d'uréthro-vaginite ne contractent jamais *immédiatement* l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (observations prises à Lourcine, et à la Maternité de Lyon (Dr Dron) (3); et, qu'enfin, chez un certain nombre d'enfants atteints, on n'a trouvé absolument rien d'anormal du côté des organes génito-urinaires de la mère.

Le mécanisme de l'inoculation *immédiate* est bien simple: c'est au passage plus ou moins lent par le conduit vaginal (primiparité, présentation et position) que les liquides pathologiques exercent leur action nocive sur les yeux de l'enfant. On a signalé le développement plus tardif et la gravité moindre de l'ophtalmie provoquée par un écoulement non spécifique. Le mécanisme de la *contagion* est, dans certains cas, difficile à saisir, mais « *ce qui ne se démontre pas, se voit.* » Il n'entre pas dans notre sujet, et il est encore moins de ma compétence d'aborder la question de savoir si la *contagion* a lieu exclusivement par le contact des éléments du pus, ou si elle peut se faire par l'air. Quoi qu'il en soit, l'ophtalmie se transmet *d'un œil à l'autre d'un nouveau-né*, et, enfin, *d'un nouveau-né à un adulte*. Les agents de transmission,

(1) Mackensie. *Traité des Maladies des yeux*, 1856, p. 758.

(2) *Thèse pour le doctorat*, Paris, 1875.

(3) *Lyon Médical*, 1880.

outre le contact direct, sont les mains, les linges et effets de pansement des malades, et, en particulier, les *éponges*, toujours insuffisamment nettoyées. D'après M. Perroud (de Lyon), les mouches, très nombreuses dans les salles, en été, se chargeraient du transport du pus, exactement comme feraient les puces pour la syphilis, d'après M. Diday (1). C'est ainsi que M. Perroud expliquerait la recrudescence de l'ophtalmie dans certains mois de l'année.

En Belgique, où la cérémonie du baptême a lieu le lendemain de la naissance, on ne manque pas d'attribuer au *froid* l'ophtalmie qui se déclare en général le troisième jour, c'est-à-dire le lendemain. Ce serait assez l'avis de *Rognetta*, qui n'a observé que rarement cette affection à Naples, où la cérémonie du baptême a lieu à domicile. Assurément, le *froid* pourra donner lieu à une conjonctivite catarrhale, comme il est la cause fréquente d'un coryza, mais là s'arrête son action. Il est vrai qu'avec Arlt (2), Trousseau et Giraldès, nous admettrons la transformation possible du simple catarrhe en conjonctivite purulente, sous l'influence de causes nuisibles de toutes sortes.

Enfin, nous retrouvons comme étiologie banale, la misère, les mauvaises conditions hygiéniques en général et l'encombrement. C'est ainsi que les épidémies ne seraient pas rares aux Enfants-Assistés (Dequevauvillers, Looten). En 1832, 299 enfants sur 300 furent atteints à l'hospice des orphelins (3). La maladie, relativement

---

(1) *Lyon Médical*, 1880.

(2) Arlt. *Die Krankheiten des Auges*, t. I, p. 51.

(3) *Revue Médicale*, 1832.

rare dans la classe aisée, est très fréquente dans les Maternités et les Crèches, où les pauvres êtres déshérités sous tous les rapports, ont pour mères des filles de fabrique ou de trottoir, trop souvent atteintes d'écoulements contagieux. Une cause générale prédisposante, moins banale, est la *syphilis* qui imprime un caractère tout particulier de gravité à l'évolution de l'ophtalmie.

On a souvent confondu avec l'affection que nous allons décrire, le *simple catarrhe*, très fréquent chez les nouveau-nés et qui guérit avec la plus grande facilité. Ce sont ces *cas bénins* pour lesquels chacun vante *son traitement*, forcément *infaillible*, attendu que le mal disparaît souvent de lui-même, et qui donnent aux ignorants cette insouciance et cette négligence qui ont fait et font encore tant d'aveugles.

La maladie apparaît généralement du troisième au sixième jour, quelquefois le deuxième jour qui suit la naissance, plus rarement une ou deux semaines après.

Le médecin assiste rarement au *début*, caractérisé par le *liseré rouge* de la paupière supérieure légèrement tuméfiée et agglutinée par quelques mucosités, puis par l'écoulement d'une *sérosité citrine* que Desmarres père regardait comme un signe certain du début de l'ophtalmie. Le plus souvent, en effet, les parents *croyant*, comme ils le disent, *que cela ne serait rien*, sur la foi d'une commère, ont appliqué des remèdes anodins ou absurdes; d'autres ont laissé aller les choses, regardant la sécrétion purulente comme un exutoire naturel, sorte de purgation bienfaisante, gage de la santé future de l'enfant. En général, quand on nous amène le malade, nous trouvons les paupières énormément tuméfiées, formant qnelquefois ectropion, très

chaudes, comme si elles étaient le siège du phlegmon. La sécrétion, d'abord jaunâtre, s'épaissit de plus en plus, devient verdâtre, extrêmement abondante ; on ne peut alors se méprendre sur la nature de la maladie qui a été rarement prise pour un phlegmon du sac lacrymal en suppuration. Mais il est nécessaire d'être exactement renseigné sur l'état de la cornée.

Pour cela, je ne conseillerai jamais, comme le fait Giraldès, d'user du chloroforme, même s'il s'agit en même temps de procéder à une première cautérisation qui serait suivie de syncope comme chez le malade de M. Masse, de Bordeaux (1). C'est bien *exceptionnellement* aussi que, dans le même but, un chirurgien osera suivre l'exemple de *Critchett* qui fendit verticalement la paupière supérieure (2). Cette exploration exige beaucoup de prudence, dans l'intérêt du malade aussi bien que dans celui du médecin. L'agglutination des bords palpébraux permet au pus de s'accumuler en grande quantité dans le sac conjonctival, de sorte que lorsqu'on écarte les paupières, ce pus peut être lancé dans les yeux du médecin ; d'où la nécessité d'interposer un verre ordinaire qui permettra d'examiner sans s'exposer à l'inoculation. On doit procéder à cet examen, en prenant bien garde, par une certaine brusquerie de mouvements, d'amener une perforation peut-être imminente, de la cornée dont les conséquences vous seraient forcément attribuées. Il convient de faire sortir *tout le pus* par des lavages antiseptiques (eau chlorurée, phéniquée etc.), puis d'écarter doucement les

---

(1) *Journal hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1880.

(2) *Congrès d'Amsterdam*, 1879. Communication du Dr Warlomont.

paupières à l'aide d'un élévateur et d'un abaisseur, de façon à bien découvrir toute la surface de la cornée.

On trouve, suivant la rapidité d'évolution de la maladie, la conjonctive *palpébrale* boursouflée, saignante, d'un rouge sombre, surtout au niveau des culs-de-sac; la conjonctive bulbaire est loin de présenter la même inflammation ; il est assez rare d'y rencontrer le *chémosis phlegmoneux* qui appartient aux formes les plus graves et qui mortifie si rapidement la cornée. Quand la maladie est abandonnée à elle-même, la cornée, macérant dans le pus et se nourrissant plus difficilement à cause de la gêne circulatoire des parties voisines, devient louche au centre, grisâtre et infiltrée; puis elle se ramollit, et s'élimine en donnant issue à l'humeur aqueuse, au cristallin et à une partie du corps vitré.

D'autres fois, la perforation a été précédée d'ulcérations superficielles qui ont gagné en étendue et en profondeur. Comme conséquences, nous aurons le *staphylôme* cornéo-iridien ou la fonte de l'œil, suite dirido-choroïdite suppurative ou de suppuration du corps vitré. Dans les cas moins graves, la perforation, très petite, se cicatrise et il n'y a qu'un leucôme adhérent et quelquefois une cataracte pyramidale. Il faut bien aussi se garder de déclarer perdus les yeux dont les cornées sont infiltrées, car il se fait souvent de *véritables résurrections* au point de vue de la transparence de cette membrane. La *durée* moyenne de l'ophtalmie est de trois à quatre semaines, quelquefois d'une quinzaine de jours; d'autres fois, à la suite d'améliorations et de recrudescence, la maladie dégénère en conjonctivite chronique.

Les complications générales ont été signalées principalement dans les maternités et les hôpitaux : entérites, pneumonies, abcès, cachexie.

Traitement. On a vu que l'Administration, justement émue des ravages de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, avait attiré l'attention publique sur les dangers de cette affection; j'ai parlé des mesures prises au Hâvre, et qui ont amené d'excellents résultats. Enfin, à la séance du 23 février 1881 de la Société de Médecine publique, M. Galezowski (1) a émis le vœu « que les médecins de l'état-civil fussent chargés d'examiner les yeux des enfants nouveau-nés et d'avertir les parents du danger. » Aux parents et aux médecins de faire le reste.

Traitement préventif. — D'après « *Edimburg Medical Journal* » MM. *Crédé* et *Olshausen*, dans les Maternités, auraient réduit de 2/3 la proportion des ophtalmies en traitant les yeux aussitôt la naissance par des lotions antiseptiques (phénol, acide salycilique), et par l'usage d'une solution de nitrate d'argent au 2/100. Sans aller jusque-là, il sera *toujours* indiqué de nettoyer avec soin les yeux et les paupières du nouveau-né avant de faire la toilette usitée de la peau du corps. Les injections vaginales antiseptiques, pendant le travail, seront de la plus grande utilité si l'accouchement dure très longtemps, si, surtout, la femme est atteinte d'un écoulement suspect.

Traitement curatif. — Travail et lecture inutiles que de passer en revue tous les traitements préconisés par leurs auteurs comme infaillibles. Ce n'est pas que je doute le moins du monde de la bonne foi scientifique de ceux qui guérissent l'ophtalmie des nouveau-nés, qui avec le collyre à l'alcool, qui avec le collyre à la solution iode et eau de laurier-cerise, qui avec les instillations de collyre au nitrate d'argent (0,05 centigrammes p 30 gr. eau

(1) *Annales d'hygiène publique*, N° 28, 1881.

distillée), qui avec les lotions antiseptiques de toutes nuances, qui avec l'eau pure, etc., etc. (la liste serait longue) ! Je doute seulement que l'ophtalmie guérie ait jamais été la conjonctivite purulente grave des nouveau-nés.

A l'heure actuelle, la plupart des ophtalmologistes sont d'avis qu'il n'y a qu'un seul traitement efficace de cette grave affection : les cautérisations avec le nitrate d'argent auxquelles on ajoutera toujours les lavages antiseptiques, et, suivant les cas, les réfrigérants et les scarifications.

Cautérisations. — Quand et comment faut-il cautériser la conjonctive? Il ne faut pas songer au collyre au nitrate d'argent dont l'emploi est un non-sens, puisqu'il a perdu ses propriétés thérapeutiques avant de toucher *les culs-de-sac.* Les crayons mitigés (un tiers de nitrate d'argent fondu et deux tiers de nitrate de potasse) ont encore leurs partisans et ils donnent, en effet, des succès, à condition d'être bien maniés, MM. Carré (1) et Bailly (2). Leur emploi est aussi douloureux que celui des solutions fortes, et, quelquefois suivi de convulsions; on doit ne toucher très superficiellement que les points les plus boursouflés, en ayant soin de neutraliser immédiatement l'excès du caustique à l'aide d'un pinceau imbibé d'eau salée. Le nitrate d'argent, sous forme de solutions plus ou moins concentrées, est d'un emploi beaucoup plus généralisé. Ici, il y a encore divergence d'opinions : certains chirurgiens conseillent les solutions très fortes (1 gr. pour 10 gr. eau distillée); d'autres, et ce sont les plus nombreux,

(1) *Paris Médical*, déc. 1882.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, fev. 1882, N° 20.

attribuant les insuccès à l'excès d'inflammation déterminée par ces solutions au 1/10, préfèrent les solutions de moyenne intensité (1 gr. pour 30 ou 40 gr.) Ce traitement donne de brillants succès tant que les cornées ne sont pas perforées; il consiste en : *1° cautérisation, matin et soir, de la conjonctivite, à l'aide d'un pinceau trempé dans la solution de nitrate d'argent au 1/40 ; 2° lavages antiseptiques ; 3° emploi modéré des scarifications dans le cas de chémosis prononcé.* Pour cautériser la muqueuse malade, il est absolument nécessaire de retourner les paupières, de façon à mettre à nu et à étaler les *culs-de-sac.* Ce n'est pas toujours facile pour la paupière supérieure.

Voici comment on procèdera :

On commence par bien essuyer la paupière pour l'empêcher de glisser, puis, entre le pouce et l'index gauches on saisit le bord libre et les cils qu'on attire en bas et en avant, pendant que la main droite la fait basculer à l'aide du manche du pinceau qu'on appuie légèrement au niveau du bord supérieur du tarse. On promène alors deux ou trois fois sur la conjonctive bien étalée le pinceau imbibé de la solution argentique, puis d'eau salée qui neutralisera l'excès du caustique. On fera de même pour la paupière inférieure. Quand la muqueuse sera gorgée de sang, on fera, avec l'instrument de Desmarres, des scarifications parallèles au bord libre de la paupière, puis on appliquera, suivant les cas, des compresses réfrigérantes, très utiles pour calmer la douleur et décongestionner les tissus. A part quelques chirurgiens qui attendent la sécrétion purulente pour employer ces moyens, tout le monde y a recours dès le début de l'affection. J'ajouterai qu'il sera nécessaire de diminuer la force de la solution au fur et à mesure que

les symptômes s'amenderont et on continuera jusqu'à disparition de toute sécrétion. L'instillation, matin et soir, d'une goutte de collyre au sulfate neutre d'ésérine (0,05 centigr. pour 10 gr. eau dist.) ne sera pas inutile, même en l'absence de toute lésion cornéenne.

Préparations antiseptiques.—L'accord est unanime en ce qui concerne le nettoyage de la conjonctive. Je citerai Chassaignac et Giraldès parmi ceux qui ont fait et font encore des douches oculaires ou des irrigations continues, le traitement par excellence de la maladie que nous venons d'étudier.

Les liquides antiseptiques auxquels on devra donner la préférence, sont les solutions chlorurées, boratées (Stocquart, Snel), phéniquées, de benzoate de soude (Dor), d'acide salicylique (O. Becker), alcoolisées (Gosselin), etc. Il faut les appliquer sur les paupières, en compresses froides, constamment renouvelées. Toutes les heures environ, on fait le nettoyage du sac conjonctival, en injectant très doucement entre les paupières l'une ou l'autre de ces solutions tièdes, très étendues d'eau, à l'aide d'une seringue, ou mieux, avec l'irrigateur, muni d'un tube fin de caoutchouc. Inutile de recommander les plus grandes précautions dans cette petite opération, tant pour ne pas blesser ou froisser l'œil que pour ne pas s'exposer à l'inoculation, en recevant, dans le visage et dans les yeux, de l'eau chargée d'éléments contagieux.

A notre époque, où les antiseptiques sont en honneur, leur emploi trouve des partisans convaincus, qui, naturellement, leur attribuent la supériorité sur la médication que je viens de recommander, en bonne compagnie, du reste. Je crois, avec Arlt, Samœlson, de Wecker, etc., que les lavages antiseptiques sont d'excellents moyens

adjuvants, pouvant suffire dans les cas bénins, mais que, dans les cas graves, il ne faut compter que sur les cautérisations au nitrate d'argent.

Les recherches de *Neisser*, *Krause*, *Haab*, *Sattler*, *Max Peschel*, etc., sur les micrococci des sécrétions oculaires ont amené *Grossmann*, *Maconchie*, etc., à essayer l'*iodoforme* dont la puissance antiseptique est des plus marquées, dans le traitement de l'ophtalmie blennorrhagique, des conjonctivites purulente des nouveau-nés et granuleuse, etc. Des différentes observations publiées, il résulte que l'iodoforme tarit très rapidement la sécrétion purulente, et *Grossmann* lui attribue une action spécifique dans la conjonctivite blennorrhagique, par la propriété qu'il aurait de tuer le micrococcus de cette affection. Dans la conjonctivite purulente simple, même compliquée de lésions de la cornée, son efficacité n'a pas semblé moins évidente à d'autres auteurs. Il en est de ce moyen comme du *jequirity* dont il sera question plus loin ; des observations plus nombreuses sont nécessaires pour se prononcer sur sa valeur.

L'iodoforme étant *très finement* pulvérisé, on en saupoudre *une fois par jour* la conjonctive des paupières et des culs-de-sac. On l'emploie également sous forme de pommade au 1/10 ; soit : iodoforme 1, vaseline 10. Si l'on en croit M. *Fergusson* (de Dublin), il faut être circonspect dans son emploi chez le nouveau-né à cause de la possibilité de symptômes d'empoisonnement.

Enfin, quelle que soit la médication locale, les enfants seront, autant que possible, couchés dans une chambre bien aérée, et dont la température ne sera pas trop élevée.

DE LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

Le retour de l'armée anglo-française de l'expédition d'Orient a marqué l'apparition des granulations dans la plupart des armées européennes et ensuite dans la population civile. Depuis, bien des travaux ont paru sur cette importante question, sans l'avoir entièrement résolue. On a confondu, et on confond encore tous les jours, la conjonctivite granuleuse avec l'hypertrophie inflammatoire des papilles normales de la conjonctive, par exemple; de là cette synonymie si variée : ophtalmie militaire, granulations des paupières, ophtalmie des armées, trachômes, etc... Il est juste de dire que la confusion est possible dans ces formes mixtes où la vraie granulation s'accompagne d'inflammation de la conjonctive. Cependant, depuis les remarquables publications de *M. Hairion*, la lumière s'est faite peu à peu, et un observateur attentif reconnaîtra des caractères spéciaux à la *vraie* granulation.

Le premier, l'éminent professeur de Louvain, a magistralement développé l'opinon que la granulation est un produit néoplasique spécial (1). Quelques années plus tard, *M. de Wecker*, soutint la même idée, et il fut suivi dans cette voie par *M. Sœmisch*, de Bonn (2), et quelques auteurs modernes. Pour d'autres (3), elle serait formée par l'hyperplasie des *cellules lymphoïdes*. Au point de vue histologique, ces deux opinions ont des points de contact. En effet, la vraie granulation est constituée

---

(1) *Annales d'Oculistique*, 4e série, t. XXIII.

(2) Handbuch, t. IV, p. 46.

(3) Blumberg. *Das Trachom.* Archiv. f. O,1879,

extérieurement par des cellules épithéliales normales, et au-dessous par des cellules lymphatiques agglomérées sans substance intercellulaire ; il n'y a de groupes séparés par la trame celluleuse qu'à la base de ces productions néoplasiques; plus tard, à la période de dégénérescence cicatricielle, les cellules disparaissent pour faire place au tissu conjonctif. *Ivanow* a décrit des *glandes tubuleuses* allongées comme une altération anatomique constante et spéciale à cette affection, mais il résulte des travaux de *M. Jacobson*, qu'on retrouve ces éléments dans la plupart des processus néoplasiques. Quoi qu'il en soit, je définirai la conjonctivite granuleuse, une affection essentiellement contagieuse, chronique, caractérisée anatomiquement par le développement, sur ou dans la conjonctive, d'élevures demi-transparentes, grisâtres, ne se résorbant qu'à la faveur d'une inflammation plus ou moins intense, et laissant, le plus souvent, après elles un tissu rétractile.

Causes.

Je ne veux pas, dans ce simple résumé, faire l'historique de la granulation et rechercher quelle est son origine. « Son microbe, comme le dit spirituellement *M. Warlomont* (1), devait se trouver dans l'arche de Noé. » En fait, on ne saurait trouver milieu plus favorable.

M. Sichel (2) fait remonter les granulations à la plus haute antiquité. D'après des auteurs dont l'autorité ne saurait être niée, ce qu'il y a de certain, c'est qu'avant l'expédition d'Egypte, on ne connaissait l'ophtalmie épidémique ni dans l'armée anglaise, ni dans l'armée

---

(1) *Dict. Encyclopédique des sciences Méd.*, t. XV, v. 73.

(2) *Traité élémentaire*, 1879, page 123.

française (1). La conjonctivite granuleuse aurait donc été contractée d'abord, puis importée en Europe par les troupes anglaises et françaises de retour d'Orient où la maladie règne à l'état endémique. Des armées, l'affection a gagné les populations civiles où elle est actuellement plus répandue. En Belgique, surtout, vers l'année 1833, les médecins *compressionnistes* contribuèrent largement à sa propagation, attribuant le mal à la compression exercée par le col et le shako et faisant décider le renvoi dans leurs foyers des soldats atteints. Il n'est pas moins démontré que la conjonctivite granuleuse et l'ophtalmie d'Egypte sont de nature identique (Anagnostakis, Mannardt). Souvent, on a pu remonter jusqu'à l'origine d'une épidémie de conjonctivite granuleuse. A Brest, par exemple, d'après M. Auffret, un quartier-maître l'aurait propagée en 1871. A Toulon, ce serait un mousse incomplètement guéri, qui l'aurait importée en 1873 (2). Peu d'auteurs se rallient à l'opinion de M. Abadie qui admet le développement *spontané* de l'affection. Il est hors de doute que l'air vicié par des émanations irritantes de toute espèce, que la misère physiologique sous toutes les formes, scrofule, tuberculose (Arlt), *prédispose* au trachôme, triste privilège de l'indigent des grands centres ; mais les plus mauvaises conditions hygiéniques et la dénutrition la plus complète ne pourront engendrer cette maladie, s'il n'y a en même temps *sécrétion* purulente ou muco-purulente concomitante. Par contre, il est généralement admis que *la granulatian elle-même n'est pas contagieuse. Parfois,* le catarrhe qui l'accompagne, transporté sur la conjonc-

(1) Décondé. *Annales d'Oculistique,* t. XVII, p. 5.

(2) Gendron. *Conjonctivite granuleuse. Thèse.* Paris, 1882.

tive d'un sujet *robuste* restera inflammation *non granuleuse* (Sichel fils) (1). Comment se fait cette transmission ? Dans la plupart des cas la contagion est directe, le *produit de sécrétion* vient toucher des yeux jusque là indemnes de granulations. On ne saurait trop étudier et rechercher les agents de transport, afin de prévenir ou d'enrayer cette maladie si tenace et parfois si rebelle à tous les soins, qu'on lui a appliqué, comme à la syphilis, ce mot désolant : « Quand on est une fois atteint, on n'est jamais sûr d'être guéri. » L'opinion de Giraldès et de de Græfe qui admettent la transmission par l'air, vient d'être reprise et défendue dans la thèse déjà citée de M. Gendron. « L'épidémie de conjonctivite granuleuse observée à bord du *Suffren* et du *Friedland* doit être attribuée à l'exposition *au vent* de la frégate russe *Swetlana*, mouillée dans le voisinage et ayant à son bord de nombreux cas de conjonctivite granuleuse. Dans cette épidémie, pas un officier ne fut atteint. Chaque homme, pris au début, le fut à la suite d'un quart sur le pont, pendant lequel il avait été exposé *au vent infectieux.* » Dans les lignes suivantes, M. Gendron fait la part de la contagion directe. « Plusieurs hommes que nous avons interrogés, nous ont dit, soit avoir couché à côté de granuleux, soit encore *avoir été du même plat* que des granuleux. Dans les deux cas, les contacts étaient forcément fréquents, et les hommes se servaient, sans y attacher d'importance, des *mêmes linges*, des mêmes ustensiles. Du reste, à bord, c'est surtout *par l'eau* que s'effectue la contagion, à cause de la vieille habitude de faire laver l'équipage, par groupes, dans une même baille ; qu'il y ait seulement un granuleux dans un

(1) *Loco citato*, page 118.

groupe, tous les autres hommes du même groupe courent un grand risque de contracter la maladie. Il existe encore un autre mode de propagation. Un malade, après s'être essuyé les yeux avec les mains, touche une manœuvre, le premier qui portera ensuite les mains sur cette manœuvre, venant à se frotter les yeux, s'inoculera presqu'à coup sûr des granulations. »

Je n'insisterai pas sur les causes prédisposantes banales, *malpropreté*, *encombrement*, *humidité*, *misère*, etc., qui expliquent la fréquence de cette affection dans les casernes, dans les écoles, dans les classes inférieures, et dans certaines contrées où s'ajoutent des influences climatériques (*Algérie*, *Egypte*, *Provinces baltiques*, *Flandres*, etc.). Je ne parlerai pas non plus de son mode de propagation dans les armées, je renvoie le lecteur à ce sujet à l'article si complet de M. Warlomont.

En résumé, il ne saurait y avoir de conjonctivite *granuleuse* développée sans conjonctivite *granuleuse* transmise. Du moment où l'œil d'un granuleux *sécrète*, la maladie peut être contractée par tous ceux qui l'approchent. De là, les épidémies si fréquentes dans les écoles, dans les casernes. De là, le danger des objets de toillette en commun, tels que essuie-mains, *éponges*, bassins, etc.

Disons, enfin, qu'un certain nombre de praticiens admettent le développement de la granulation *vraie*, consécutivement à la conjonctivite purulente ou blennorrhéique, et même à la conjonctivite catarrhale simple.

Deux variétés cliniques ont été décrites, la forme aiguë et la forme chronique; mais, en réalité, c'est le même processus revêtant la forme inflammatoire ou non; dans la plupart des cas, en effet, le médecin rencontre des

granulations mixtes et les symptômes d'une conjonctivite plus ou moins intense, cela dépend de la période de la maladie.

La conjonctivite granuleuse peut présenter, au début, des phénomènes inflammatoires assez marqués pour attirer l'attention ; le plus souvent, au contraire, sa marche est insidieuse et la maladie demande en quelque sorte à être cherchée. Tout au plus les malades accusent un peu de gêne, quelques sécrétions insignifiantes le matin au réveil, de la sensibilité à la lumière et une certaine pesanteur de la paupière qui tombe. De là, cette physionomie de personnes endormies et dont l'œil se rapetisse. Si, plaçant le malade bien au jour, on examine attentivement la conjonctive palpébrale en étalant les culs-de-sac, on peut assister à la *période d'invasion*. Au niveau du cul-de-sac supérieur principalement, siège de prédilection des granulations, apparaissent des corpuscules vésiculeux, d'un blanc-grisâtre, ovoïdes, de quelques dixièmes de millimètres, plus ou moins discrets, ayant une certaine ressemblance avec *des grains de tapioca cuit ou du frai de grenouille.*

A cette période, on admet qu'elles peuvent disparaître par résorption. Bientôt, ces corpuscules envahiront successivement, si on ne les traite convenablement, toute la conjonctive palpébrale, la conjonctive du globe oculaire, le repli semi-lunaire et la caroncule, quelquefois la cornée elle-même. Leur coloration varie du gris-jaunâtre au rouge-orangé, suivant leur siège et leur âge. A un moment donné, les granulations s'enflamment, et on observe d'autres saillies qui appartiennent aux papilles normales de la muqueuse. Ce sont les granulations *mixtes* de *Stellway von Carion*. Ici, les petites élevures sont arron-

dies, d'un rouge vif, serrées les unes contre les autres, et donnent à la muqueuse enflammée un aspect hérissé particulier. On voit quelquefois ces saillies papillaires former des sortes de bourgeons charnus ; d'où le nom de *granulations en crête de coq*. D'autres fois, la conjonctive ne présente presque pas de bosselures, mais une sorte d'infiltration gélatineuse *diffuse*. Une particularité à noter, c'est l'absence de vascularisation de la conjonctive bulbaire, laquelle, à moins d'être envahie par les granulations, est à peine sillonnée par quelques vaisseaux et laisse voir la blancheur de la sclérotique (forme chronique).

Plus tard, les *granulations vraies* subissent la métamorphose régressive calcaire *(lithiase conjonctivale)* ou graisseuse. Dans ce dernier cas, le contenu des vésicules se trouve entraîné avec la sécrétion et, à leur place, *des cicatrices* succèdent avec la *rétraction* et l'*atrophie* du tissu conjonctival et de ses glandes. La muqueuse n'est plus rouge, mais, au contraire, d'un blanc-grisâtre, luisante, sillonnée de traînées cicatricielles.

Les complications consécutives sont faciles à comprendre; je ne ferai que les énumérer. Rétrécissement *atrophique* du sac conjonctival dans tous les sens, avec effacement des culs-de-sac, déformation des tarses, entropion, blépharo-phimosis; consécutive à la forme *diffuse*, l'atrophie complète va quelquefois jusqu'au *xérosis*, ainsi que je l'ai observé ici à plusieurs reprises. Du côté de la cornée, ce sont, dans les cas bénins, des *opacités* avec affaiblissement plus ou moins marqué de la vision ; malheureusement, dans les autres cas, le *pannus granuleux* est la complication la plus fréquente et la plus fâcheuse.

Les symptômes fonctionnels très accusés à la période des complications, sont, au contraire, insignifiants au début, comme je l'ai dit plus haut.

La sensation de gravier ou de sable qui roule entre le globe oculaire et les paupières se manifeste avec plus d'intensité dans la conjonctivite granuleuse que dans toutes les autres formes de conjonctivite, en raison des saillies multiples déterminées par les granulations. De là, une gêne considérable et un clignement continuel des paupières. A la suite de ces frottements répétés des conjonctives rugueuses contre la cornée, celle-ci se dépouille de son épithélium et s'infiltre dans la partie supérieure; c'est alors que les malades ont de la photophobie, du larmoiement, des douleurs ciliaires, qu'ils ferment leurs paupières avec force, recherchant le silence et l'obscurité.

Souvent, sans cause appréciable, quelquefois à la suite d'une imprudence du malade qui s'est exposé à la poussière et au vent, se déclare un état inflammatoire de la muqueuse : les yeux sont baignés par une sécrétion muco-purulente abondante, éminemment *contagieuse*. A la faveur de cette complication inflammatoire et d'un traitement bien dirigé, quand la maladie est de date récente, les granulations peuvent se résorber et disparaître. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi ; les granulations persistent, d'autres poussées inflammatoires surviennent qui établissent l'état chronique et ses conséquences, souvent si désastreuses, pour l'organe de la vision. On a vu aussi cette inflammation dépasser certaines limites d'intensité et donner lieu à une ophtalmie purulente non moins grave.

Dans tous les cas, la conjonctivite granuleuse est une affection sérieuse. Nous venons de voir qu'elle peut

guérir à la suite d'une poussée inflammatoire; mais, *dans la plupart des cas*, elle suit une marche *chronique*, le minimum de durée étant de plusieurs mois.

En raison de sa tendance bien accusée à la *chronicité*, la conjonctive granuleuse est une des affections oculaires qui mettent le plus à l'épreuve le savoir du médecin et, plus encore, la patience des malades. Aussi, doit-on commencer par relever le moral abattu des malheureux granuleux, le plus souvent découragés par la désolante tenacité de leur affection, et par l'insuccès des nombreuses médications auxquelles ils ont eu recours.

Sans donner au traitement général une prépondérance marquée, il ne faudrait pas non plus ne s'attaquer qu'à la granulation ; ce serait faire fausse route. Nous avons vu quel rôle étiologique il fallait attribuer aux conditions de *milieu* et aux diathéses; nous rappelant donc que la granulation n'est pas toute la maladie, nous combattrons, chez les uns, la strume, chez ceux-ci, la tuberculose, chez d'autres, l'arthritisme; à tous, nous recommanderons l'air pur et une bonne hygiène.

Le caractère éminemment contagieux de cette conjonctivite ne sera pas non plus oublié et les malades seront isolés dans la limite du possible.

Je passe rapidement sur cette partie du traitement qui ferait un chapitre très intéressant au point de vue de l'hygiène publique et privée, pour ne m'occuper ici que de la médication locale.

C'est à la pratique de nos confrères belges, sans contredit les plus expérimentés en la matière, qu'il nous faut nous en rapporter, en ce qui concerne le traitement local de cette affection si commune dans les Flandres.

J'insiste tout d'abord sur ce point : qu'on ne saurait

tracer une ligne de conduite invariable et que, suivant les symptômes, tel moyen dont l'action est vite épuisée sera utilement remplacé par un autre. D'autres fois, il conviendra d'interrompre toute médication locale et de s'en tenir pendant quelques jours aux soins généraux.

Les deux propositions suivantes devront toujours diriger le chirurgien dans le traitement :

1° La destruction des granulations conjonctivales est impossible à obtenir sans sacrifier une portion de la muqueuse saine, que, dans son évolution, la maladie tend déjà à retrécir et à atrophier. Cette destruction serait suivie de conséquences fâcheuses pour l'organe de la vision.

2° Les granulations conjonctivales peuvent guérir à la faveur d'une inflammation substitutive que fait naître quelquefois la nature elle-même.

Le rôle du médecin consiste donc à provoquer cette inflammation curative, à la modérer si elle dépasse certaines limites, à l'augmenter si elle est insuffisante. D'une façon générale, la première proposition est la condamnation de *l'excision des culs-de-sac*, ou de *scarifications* suivies de cautérisations. Sans doute, il y a loin des scarifications que l'on fait aujourd'hui *utilement* dans certains cas, au *raclage* et au *limage* que pratiquaient les anciens avec des instruments *ad hoc*, avec la pierre ponce, avec des têtes de chardons ou d'autres corps plus ou moins rugueux ; mais ce que réprouvent presque tous les chirurgiens, c'est l'opération, quelle qu'elle soit, amenant à sa suite une perte de substance, bien que, par sa laxité et sa strūcture anatomique, la conjonctive *semble*, jusqu'à un certain point, l'autoriser. En 1878, M. Galezowski lut à la *Société de Chirurgie* un travail

sur l'*excision des culs-de-sac conjonctivaux* chez les granuleux, et ses conclusions furent le plus vivement combattues par le rapporteur, M. Terrier (1). M. Galezowski n'en est pas moins resté très chaud partisan de *l'excision*, et dans le N° de Mars 1882 du *Recueil d'ophtalmologie*, l'un de ses chefs de clinique, M. Despagnet, écrit les lignes suivantes : « L'excision du cul-de-sac conjonctival est pratiquée dans tous les cas de conjonctivite granuleuse rebelle avec saillie marquée de granulations sur la conjonctive. » Quoi qu'il en soit, l'excision des granulations n'est généralement indiquée que lorsque celles-ci sont isolées, pédiculées ou fongueuses, qu'elles résistent depuis longtemps à toute médication et qu'elles peuvent être enlevées sans entamer la muqueuse saine. Cette petite opération se ferait, du reste, avec la plus grande facilité. Le chirurgien n'en exciserait qu'un petit nombre à la fois, les saisissant avec une petite pince à griffes, et rasant leur point d'implantation avec les ciseaux. Une vive douleur avertirait que l'instrument coupe des tissus sains et qu'il faut redoubler de précautions. Il faut se garder de cautériser, et des compresses d'eau froide seront appliquées sur les paupières, afin d'arrêter le sang et de modérer la réaction traumatique.

Je ne dirai qu'un mot des *scarifications*. Elles sont utiles lorsque la conjonctive est congestionnée, boursouflée, et se font *superficiellement* à l'aide d'un bistouri très fin, ou d'un scarificateur, à la façon des scarifications cutanées que pratiquent les médecins de St-Louis dans le traitement du lupus. Je les crois préférables, pour le but à atteindre, au *frottement énergique* de la muqueuse

---

(1) *Bulletin*. Séance du 4 Décembre 1878.

avec l'éponge, que recommande, dans le même cas, M. Meyer (1).

Les irritants les plus divers ont été et sont encore mis en usage pour provoquer la réaction inflammatoire nécessaire a la résorption des granulations. Parmi les principaux, je citerai *l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent, le tannin et l'alun.*

Acétate de plomb. — En Belgique, on a beaucoup vanté *l'acétate de plomb* finement pulvérisé (méthode de *Buys*) (2). MM. Warlomont et Testelin en ont été très partisans, mais peu à peu on a reconnu à la méthode peu d'avantages et beaucoup d'inconvénients (la kératite *chimique* ne serait pas la moindre). Aujourd'hui, c'est un moyen délaissé. Il n'en est pas de même de l'acétate de plomb en solution. Pour M. Abadie, c'est le topique par excellence, et les craintes manifestées à l'égard des imprégnations métalliques de la cornée dépourvue de son épithélium ne seraient pas fondées. « Quand la cornée est saine et alors même qu'il y aurait quelques ulcérations superficielles, si vous avez la précaution de bien enlever, par un grand lavage, toutes les parcelles des dépôts insolubles qui peuvent se former, vous n'avez rien à redouter (3). » Avec M. Meyer, je serai moins affirmatif et ne conseillerai ce moyen que lorsque l'épithélium cornéen sera intact. A la consultation du Dispensaire ophtalmique du Bureau de Bienfaisance, le nombre des granuleux est relativement considérable. J'ai divisé ces malades en plusieurs groupes que je traite par des topiques diffé-

---

(1) *Traité*, page 93.

(2) *Annales d'Oculistique*, t. XXXII, page 244.

(3) *Leçons de Clinique*, page 32.

rents; le résultat de mes observations sera publié ultérieurement, mais, dès aujourd'hui, je dois dire que la solution d'acétate de plomb ne m'a pas donné de meilleurs résultats que tel autre moyen. Voici, d'ailleurs, son mode d'emploi. Suivant le degré d'inflammation de la conjonctive on se sert des solutions suivantes :

Sous-acétate de plomb liquide : 15, 10 ou 5 gr.

Eau distillée : 15 grammes.

Les paupières étant retournées et le malade regardant en bas, s'il s'agit de la paupière supérieure, en haut, s'il s'agit de l'inférieure, de manière à bien étaler les culs-de-sac de la conjonctive, on promène sur toute la muqueuse un pinceau de blaireau, imbibé de la solution précédente, puis on lave soigneusement et à plusieurs reprises les parties touchées avec un autre pinceau trempé dans l'eau distillée. Ce pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures jusqu'à guérison.

Sulfate de cuivre. — Tous les jours et un peu à l'aveugle, sous forme de crayon ou de cristal bien poli, ce sel est employé comme topique dans le traitement qui nous occupe. Quelques médecins préfèrent incorporer le sulfate de cuivre au glycérolé d'amidon ou à la vaseline ; il est aussi prescrit sous forme de collyre astringent. C'est un moyen douloureux, et la plupart des granuleux redoutent beaucoup la *pierre bleue.* Il paraît que la douleur est singulièrement atténuée, si on a soin de laver aussitôt la conjonctive à grande eau, mais c'est sans doute, en même temps, affaiblir l'action du caustique. Je crois, du reste, beaucoup à son efficacité, à condition de le bien manier et de ne pas faire empiriquement chaque jour, une cautérisation de toute la conjonctive palpébrale.

Les mêmes réserves sont à faire au sujet du *nitrate*

d'argent mitigé, qui ne convient que lorsque la maladie est tout à fait chronique, non comme moyen de destruction des granulations, mais pour développer l'inflammation nécessaire à leur résorption. Quant à la solution plus ou moins concentrée (1 gramme ou 2 grammes pour 100 gr. d'eau distillée), elle combat avantageusement un degré de purulence ou même de catarrhe excessif. Aux granuleux qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent être visités que de loin en loin par le médecin, M. Galezowski recommande fréquemment la pommade au nitrate d'argent dont on fait pénétrer chaque soir gros comme la tête d'une forte épingle entre les paupières ; mais cette préparation a l'inconvénient de déterminer à la longue, comme le collyre au nitrate d'argent, une coloration noirâtre très disgracieuse de la conjonctive. A la même catégorie de malades, le mucilage *tannique* préconisé surtout par M. Hairion rendra de réels services (1). Voici comment on le prescrit :

Tannin	5	grammes.
Gomme arabique . . .	10	—
Eau distillée.	25	—

Alun. — C'est à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris, en 1880, que j'ai vu M. le Prof. Panas substituer le cristal d'alun au cristal de cuivre. Depuis, je me sers tous les jours de ce topique qui n'est nullement douloureux. Il donne d'excellents résultats dans les cas de granulations récentes et on peut l'employer seul. Quand la maladie est passée à l'état chronique, l'alun n'irrite pas suffisamment, et de temps à autre, il est

(1) *Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin* (1851).

nécessaire de recourir aux compresses d'eau chaude, suivant le conseil de de Græfe, ou bien aux modificateurs plus énergiques, tels que le crayon de nitrate d'argent mitigé et le cristal de sulfate de cuivre.

En résumé, si la conjonctivite granuleuse est récente, si les granulations sont bien isolées, si l'inflammation due à leur présence est modérée, se borner à toucher tous les deux jours les points malades avec le cristal bien poli d'alun. On pourra, en même temps, recommander aux malades des lavages avec une eau antiseptique, *oxygénée*, chlorurée, boratée, etc. Une inflammation trop violente sera facilement combattue par l'emploi de la solution de nitrate d'argent suivante, portée sur la muqueuse à l'aide d'un pinceau de blaireau.

Nitrate d'argent cristallisé . .	1	gramme.
Eau distillée	60	—

Quand on a affaire à la forme chronique, cautériser légèrement une ou deux fois la semaine avec le crayon mitigé de nitrate d'argent ou le cristal de sulfate de cuivre. Dans l'intervalle, attouchement quotidien avec le cristal d'alun.

N'user qu'exceptionnellement des scarifications et encore plus exceptionnellement de l'*excision*.

Les moyens seront, bien entendu, variés et modifiés suivant les symptômes. — Je me propose, dans le prochain chapitre, de parler de l'inoculation du pus blennorrhagique, qui fait aussi partie du traitement de la *Kératite panneuse*, complication habituelle des granulations.

DE LA KÉRATITE VASCULAIRE D'ORIGINE GRANULEUSE

Le mot *pannus* est souvent seul employé pour désigner la kératite vasculaire chronique d'origine *granuleuse*, la cornée présentant, dans un grand nombre de cas, la teinte rougeâtre d'un morceau d'étoffe écarlate. Il serait bon, cependant, si l'on tient à conserver cette dénomination, d'indiquer la cause et la nature de l'affection, car la confusion est possible. N'y a-t-il pas, en effet, le *pannus trichiasique*, celui consécutif à des phlyctènes de la cornée et de la conjonctive ? N'a-t-on pas décrit le pannus spontané et primitif *(Juncker)* lié à des troubles de la circulation abdominale,.... etc. ?

D'autres auteurs, parmi lesquels M. Galezowski, l'appellent *kératite granuleuse*, regardant les granulations conjonctivales comme la cause, pour ainsi dire constante, de la maladie. Ajoutons le mot *vasculaire* et nous aurons ainsi marqué son caractère anatomo-pathologique saillant.

Pathogénie.

Rien de plus facile à comprendre que le mode de production de cette affection. Véritable *kératite traumatique*, elle a son point de départ dans l'irritation mécanique que détermine le frottement incessant des granulations conjonctivales contre la cornée. Nous retrouvons ici la même pathogénie que dans la kératite consécutive au trichiasis, à l'entropion ou à la lithiase conjonctivale. Sous l'influence du frottement, l'inflammation débute par de petites ulcérations linéaires parallèles, à ciel ouvert, répondant, pour ainsi dire, chacune à une série de granulations ; dans le fond du sillon ulcéré est couché un vaisseau ; puis les parties voisines sont envahies.

Voici très succinctement la marche du processus pathologique si bien étudié par *Donders*, *Coccius* et *Ivanow*. Sur les limites de la cornée on voit de petites cellules rondes proliférer, puis s'infiltrer entre la membrane de Bowman et l'épithélium qui s'épaissit considérablement. En même temps, des courants de globules sanguins apparaissent au milieu de ces amas cellulaires, puis des anses vasculaires sur deux plans *(Coccius)* en continuité de rapport avec les arcades du limbe cornéen (Broca). La cause productrice vient-elle à disparaître, les néo-vaisseaux s'atrophient, et les cellules, par suite d'insuffisance de nutrition, deviennent granulo-graisseuses *(opacités grisâtres ou laiteuses)* et meurent. C'est le *pannus tenuis*. Dans le *pannus sarcomateux*, au contraire, par suite de la persistance des granulations, les mêmes cellules prolifèrent activement, envahissent, détruisent la membrane de Bowman et la couche propre de la cornée, et donnent naissance à des ulcérations profondes ; les vaisseaux se multiplient et c'est alors qu'a lieu l'organisation en tissu conjonctif suivie plus tard de rétraction cicatricielle et d'opacités étendues et incurables.

Il y a une trentaine d'années, nos prédécesseurs se faisaient fort de reconnaître, *à distance*, une affection de la cornée, à l'attitude particulière du malade. Alors que l'exploration de l'appareil de la vision se réduisait presque à l'examen fonctionnel, on attachait beaucoup d'impor-portance à cette physionomie spéciale du malade atteint de la forme aiguë de la kératite vasculaire granuleuse. Tant que l'épithelium cornéen est intact, le patient ne fait que baisser la tête et fermer à demi les paupières ; mais dès qu'apparaissent les ulcérations superficielles, la *photophobie* devient extrême. C'est précisément ce symptôme

qui faisait dire à *Deval*, qu'il suffisait à faire diagnostiquer une kératite, sans visiter les yeux. Je ne conseillerai jamais de faire ainsi un diagnostic *à distance*. Ce serait, en effet, se mettre à côté de la vérité que de s'en rapporter uniquement à ce symptôme *photophobie* que nous constatons dans un certain nombre d'autres affections oculaires. — Par action réflexe, les larmes sont sécrétées en abondance *(larmoiement)* et s'échappent à flot, brûlantes, quand on entr'ouvre les paupières spasmodiquement contractées (blépharospasme). Qu'on me permette d'ouvrir une parenthèse à propos de la *photophobie*. La plupart des malades atteints de kératite granuleuse se présentent à la consultation avec une difficulté plus ou moins grande de supporter la lumière. Ce n'est que dans une demi-obscurité, qu'ils peuvent ouvrir les paupières. Mais, à côté de ces sujets, il en est un certain nombre qui éprouvent cette même difficulté douloureuse d'ouvrir les yeux aussi bien dans l'obscurité la plus complète qu'au grand jour. Ce n'est donc plus seulement ici la crainte de la lumière, mais la crainte du contact *de l'air*; il y a, si je puis m'exprimer ainsi, une véritable *aérophobie*, symptôme que l'on remarque dans toute son intensité lorsqu'il y a destruction de l'épithélium de la cornée. Dans ce cas, l'irritation, partie des terminaisons nerveuses mises à nu, détermine, par action réflexe, comme je l'ai dit plus haut, le larmoiement et le blépharospasme, de même qu'elle retentit sur les différentes branches du trijumeau sous forme de névralgies périorbitaires. Ces troubles fonctionnels jettent, on le comprend, une grande perturbation dans l'exercice de la vision devenue d'autant plus défectueuse que la vascularisation et la prolifération cellulaires ont fait davantage de progrès.

On pourrait s'attendre à une aggravation de ces symptômes quand il s'agit de la forme *sarcomateuse*, quand les altérations anatomiques font ressembler la cornée à une plaie bourgeonnante. Il n'en est rien et, à part la vision qui, lorsqu'elle n'est pas complètement abolie, se trouve réduite à la perception quantitative de la lumière, il n'y a pour ainsi dire pas de réaction. Dans les Flandres, en Algérie, le nombre est considérable des granuleux qui offrent le triste spectacle des ravages de cette affection; ces malheureux, pour ainsi dire endurcis au mal, se plaignent rarement de souffrir; c'est à peine s'ils accusent la sensation de corps étranger.

A ces signes, perçus par le malade, s'ajoutent ceux que l'examen direct fournit au médecin. — J'insisté tout particulièrement sur la nécessité d'une exploration complète et minutieuse. C'est en n'observant pas soigneusement et en se contentant de voir *à peu près* que l'on commet des erreurs de diagnostic et que viennent les insuccès. Rien de plus préjudiciable à la réputation du praticien que d'échouer dans le traitement d'une affection réputée légère, pour avoir laissé passer inaperçus certains détails auxquels on n'a pas daigné s'arrêter. L'examen à l'éclairage latéral et à la loupe est absolument de rigueur.

S'agit-il de l'état aigu du *pannus tenuis?* La cornée, terne et dépolie, présente quelques ulcérations superficielles; d'autres fois, l'épithelium n'est pas entamé mais soulevé par les vaisseaux tortueux et des cellules de nouvelle formation. La membrane transparente devenue d'un gris rosé caractéristique laisse difficilement distinguer l'iris et la pupille. Un signe, pour ainsi dire pathognomonique de la *kératite granuleuse* c'est le siége de ces lésions exactement limitées à la portion de cornée recouverte par la paupière supérieure.

Quand l'affection fait des progrès, les vaisseaux prennent un développement énorme et s'anastomosent entre eux en mailles si serrées qu'on dirait une membrane essentiellement vasculaire. La conjonctive, qui n'était qu'hyperémiée au début, devient aussi enflammée que la cornée. Les infiltrations exsudatives ont amené l'hypertrophie végétante et fongueuse des couches superficielles que peuvent, du reste, envahir de véritables granulations. Lorsque, après un laps de temps plus ou moins prolongé, la turgescence inflammatoire a diminué, la coloration gris-rosé fait place à une coloration gris-jaunâtre sale, et la cornée opaque est devenue raboteuse, sillonnée de cicatrices enfoncées.

Nous avons affaire à une affection grave et, à part de rares exceptions, essentiellement chronique. La guérison de la conjonctivite granuleuse pourra bien amener la diminution des lésions et surtout de la vascularisation, mais trop souvent le médecin est consulté tardivement et, malgré tous les soins, des opacités indélébiles persistent et comme conséquence une diminution considérable de l'acuité visuelle.

Le *pannus tenuis* est une affection relativement bénigne en comparaison de la gravité du *pannus crassus*.

Je signalerai, en terminant, les accidents sérieux auxquels expose cette dernière forme de kératite : perforations de la cornée, staphylôme, glaucôme secondaire, etc.

Traitement. Le traitement doit répondre à deux indications : 1° faire disparaître la cause ; 2° combattre la kératite si celle-ci n'a pas disparu en même temps que les granulations.

Afin d'éviter les redites, j'ai omis à dessein, dans le traitement de la conjonctivite granuleuse, certains moyens thérapeutiques que l'on oppose à la fois aux granulations

et à la kératite secondaire qui en est la conséquence : je veux parler *du cathétérisme des voies lacrymales*, *de l'élargissement de la fente palpébrale et de l'inoculation du pus blennorrhagique.*

On rencontre dans la pratique des cas de kératite granuleuse qui font le désespoir du médecin. Les conditions hygiéniques sont excellentes, le traitement est suivi à la lettre, et, malgré tout, le mieux se fait attendre. Examinez les voies lacrymales : souvent l'inflammation a gagné successivement les canalicules, le sac lacrymal et le canal nasal ; il y a rétention des larmes et sécrétion muco-purulente. Le cathétérisme suivi d'injections astringentes est absolument nécessaire si l'on veut marcher vers la guérison.

Dans d'autres cas, l'obstacle à la guérison réside dans une étroitesse relative de la fente palpébrale, d'où résultent une pression et un frottement exagérés des paupières malades sur la cornée. Cet état de choses sera avantageusement modifié, ainsi que le *blépharospasme*, par la petite opération désignée sous le nom d'élargissement de la fente palpébrale, ou de *canthoplastie par bordage.* On divise, à l'aide du bistouri ou mieux des ciseaux droits, la commissure externe et les fibres de l'orbiculaire jusqu'au bord externe de l'orbite, de façon que la plaie cutanée ait deux millimètres de plus que la plaie conjonctivale. Trois points de suture avec des fils d'argent fixent la muqueuse aux lèvres saignantes de la plaie cutanée de manière à la *border* et à empêcher la réunion secondaire. M. *Abadie* a apporté une modification très heureuse à cette opération dans les cas très fréquents dans lesquels la conjonctive a diminué d'étendue par suite de rétrécissement inflammatoire cicatriciel. Je ne puis mieux faire que de citer l'auteur.

« Chez certains malades la conjonctive est en partie atrophiée, elle a diminué d'étendue en raison du rétrécissement des culs-de-sac, de telle sorte que les lambeaux qu'on a à sa disposition pour recouvrir la plaie sont insuffisants. Une fois fixés ils sont soumis à des tiraillements tels que les fils de suture ne peuvent les maintenir en place ; ils se rétractent du côté de la cornée, laissant à nu les lèvres de la plaie dont rien n'empêche plus la réunion ; l'élargissement n'aura été alors que momentané. Pour obvier à cet inconvénient sérieux, j'ai imaginé de *libérer par une incision conjonctivale concentrique à la cornée* toute la portion de conjonctive avoisinant l'angle externe. La muqueuse n'étant plus bridée à ce niveau peut se déplacer et être amenée *par glissement* jusque sur les lèvres de la plaie, sans subir des tractions intempestives, et l'élargissement reste alors tel qu'il est au moment où l'on sectionne la commissure externe » (1). Lorsqu'il existe en même temps de l'entropion, on aura recours aux sutures de *Gaillard* (de Poitiers).

En 1880, M. *Berthelot*, dans sa thèse (2) et M. *Dehenne*, dans un travail inséré dans la *Gazette d'ophtalmologie*, ont cité des cas dans lesquels *un traumatisme chirurgical oculaire à distance* aurait influencé favorablement la marche de la kératite granuleuse et aurait amené finalement sa guérison. Dans l'un de ces cas, il s'agit de l'opération du *strabisme ;* deux autres malades ont subi l'élargissement des paupières. Sans vouloir la nier, j'avoue ne pas accepter facilement comme fait démontré,

---

(1) Abadie. — *Clinique opht.* 1881, p. 35.

(2) Berthelot. — *Du traitement du pannus par l'inoculation blennorrhagique.* Thèse de Paris, 1880.

l'*action curatrice à distance*, de la canthoplastie sur le *pannus*, son action thérapeutique incontestable comme celle de la *péritomie* dont nous allons parler pouvant s'expliquer suivant un autre mécanisme.

La *péritomie* ou tonsure conjonctivale est dirigée contre la vascularisation de la cornée. En supprimant les vaisseaux périkératiques non seulement on obtient une large déplétion sanguine, mais on frappe de mort par atrophie les vaisseaux et les cellules de nouvelle formation. C'est dans cet ordre d'idées que *Desmarres* père, fit ses scarifications successives ou *saignées* de l'œil, que *Carron du Villards* excisa un faible lambeau conjonctival, que *Van Roosbroeck* fit suivre l'incision conjonctivale d'une cautérisation au nitrate d'argent. *S. Furnari*, en 1864, voulant faire disparaître complètement les vaisseaux périkératiques, pratiqua l'opération dangereuse qui porte son nom, et dont on a heureusement abandonné le dernier temps, c'est-à-dire le badigeonnage de la plaie avec le nitrate d'argent. Voici comment ce chirurgien pratiquait son opération. « Il excise environ cinq millimètres, parfois plus, et même la presque totalité de la muqueuse bulbaire, enlève à coups de ciseaux tout le tissu sous-muqueux, râcle le tissu épiscléral, sectionne tous les vaisseaux de la surface de la sclérotique qu'il met absolument à nu ; il la débarrasse de tout ce qu'il est possible de saisir et de soulever avec des pinces ; il coupe en travers ceux qu'il ne peut enlever, et il termine cette laborieuse opération par un badigeonnage de toute la plaie avec une forte solution de nitrate d'argent » (1).

La tonsure conjonctivale est une bonne opération, et

(1) S. Furnari. — *De la tonsure de la conjonctive. Gaz. méd. de Paris*, 1862.

MM. le professeur Panas, de Wecker et Abadie la recommandent « dans les cas de *pannus peu épais*, dans lesquels il ne reste plus de grosses granulations fongueuses à la face postérieure des tarses. » Il ne faut pas s'attendre à un succès immédiat, mais après un ou deux mois, un tissu cicatriciel inoculaire a comblé la perte de substance conjonctivale produite par l'opération, les vaisseaux cornéens se sont atrophiés, et le pannus a disparu.

Avant de parler de l'inoculation du pus blennorrhagique, disons un mot de quelques moyens thérapeutiques à opposer à la kératite elle-même.

Ces moyens devront varier suivant l'intensité de l'affection. Dans les cas légers, lorsque la vascularisation est peu accusée sur la cornée, lorsqu'elle est nulle sur la conjonctive, il sera utile de provoquer une inflammation substitutive. Pour cela, on emploiera les instillations de collyres irritants (sulfate de zinc 0 gr. 20 centigr., eau distillée 15 gr.), ou bien l'insufflation de la poudre de calomel, ou la pommade à l'oxyde jaune de mercure au 1/50. Je recommande beaucoup les compresses chaudes appliquées trois ou quatre fois par jour pendant une heure. On prend plusieurs carrés de flanelle ou de linge fin usé, que l'on trempe dans l'eau chaude ou dans une infusion aromatique de thé vert ou de camomille, à 35 degrés environ, et on les place sur les paupières exactement fermées, en ayant soin de recouvrir les compresses d'un morceau de taffetas gommé, de façon à empêcher l'évaporation.

La douleur, la photophobie et le blépharospasme tourmentent beaucoup les malades et nous serions d'autant moins inexcusables de n'y pas remédier que nous pouvons le faire avec succès. La douleur est-elle continue et géné-

ralement supportable? l'atropine en a facilement raison; d'autres fois elle est tellement intense qu'elle nécessite des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine au niveau de la tempe. La forme névralgique est justiciable du sulfate de quinine.

De Grœfe a beaucoup insisté sur l'emploi de la morphine, non seulement contre l'élément douleur, mais aussi contre le blépharospasme, et son opinion est confirmée par M. le professeur *Panas*. Dans ses leçons sur les *kératites*, sont rapportés deux cas dans lesquels la morphine a fait disparaître comme par enchantement la photophobie et le blépharospasme. « Nous allons même plus loin, dit M. Panas, et nous affirmons que la morphine combat aussi directement le processus inflammatoire. » On emploiera avec succès, dans ce but, les petits vésicatoires morphinés à la tempe.

M. de Wecker, dont les travaux de chirurgie oculaire expérimentale et scientifique jouissent d'un si grand et si légitime retentissement, semble avoir résolu le problème si difficile de la guérison du pannus et des granulations rebelles. Ce savant ophtalmologiste vient de préconiser un nouveau moyen thérapeutique qui possèderait tous les avantages de l'inoculation du pus blennorrhagique et ne ferait courir à l'œil malade aucun danger. C'est par une inflammation substitutive, rapide, ne réclamant aucune intervention et ne laissant courir, pendant sa durée moyenne d'une quinzaine de jours, aucun danger à la cornée, même antérieurement ulcérée, que la macération des graines de la liane à réglisse appliquée en lotions amènerait la guérison des granulations conjonctivales et du pannus. Voici, du reste, un extrait de la note de M. de Wecker telle qu'elle a été présentée par M. Wurtz à la séance du 7 août 1882 de l'Académie des Sciences:

« Depuis des siècles on se sert, au Brésil, de l'infusion des graines de la liane à réglisse ou jéquirity (suivant la désignation employée communément au Brésil) pour le traitement des ophtalmies, et ce moyen jouit, dans le peuple, d'une très grande vogue. En faisant une faible infusion à froid des graines préalablement réduites en poudre, on arrive alors promptement à constater l'action suivante :

1° Appliquée en lotion, cette infusion détermine rapidement une ophtalmie purulente d'aspect croupal, dont on peut doser, jusqu'à un certain point, l'intensité suivant le nombre des lotions faites ;

2° Cette purulence se produit avec une promptitude égale à celle des inoculations provoquées avec le pus d'une ophtalmie purulente ou d'une blennorrhagie. Elle peut être poussée, par un emploi prolongé des lotions, jusqu'à une intensité presque égale à celle d'une ophtalmie inoculée.

3° L'ophtalmie factice, produite par les lotions avec l'infusion des graines de la liane à réglisse, se dissipe dans l'espace de dix à quinze jours, sans aucune intervention thérapeutique, et paraît ne laisser courir, pendant toute sa durée, aucun danger à la cornée, même lorsque celle-ci se trouve être le siège d'une ulcération antérieure.

Cette faculté particulière qu'offrent ces graines, de provoquer une ophtalmie factice très intense, mais de courte durée, pourra être très avantageusement utilisée en thérapeutique oculaire, pour le traitement des granulations, du pannus, de la diphthérie conjonctivale, etc. Ce moyen est appelé à remplacer, avec grand profit, les inoculations qui présentent un certain danger. »

Un de ses anciens malades avait indiqué à M. de

Wecker dans les termes qui suivent le mode d'emploi du nouveau médicament :

« Faire triturer 32 graines bien pulvérisées et macérer le produit dans 500 grammes d'eau froide pendant 24 heures, puis ajouter, le jour suivant, 500 grammes d'eau chaude. Filtrer ce liquide immédatement après refroidissement.

» Le malade pourra aussitôt s'en servir pour se baigner les yeux trois fois dans la journée. Si l'irritation produite par ces trois bains devient d'une grande intensité, cela sera suffisant. Dans le cas contraire, le malade devra recommencer la même opération le second jour, et au besoin le troisième, en se servant toujours du même liquide.

» Le malade doit garder la chambre noire pendant quinze jours (1). »

M. de Wecker, dans la note dont je viens de citer un passage, insiste sur les points suivants : L'emploi de ce remède est presque indolore ; il produit, *aussi rapidement* que l'inoculation, l'ophtalmie purulente ; il permet, pour ainsi dire, de doser le degré de purulence que l'on veut obtenir et, enfin, ne nécessite pas l'emprunt du pus à inoculer à un sujet dont on ne connaît pas exactement les antécédents.

Dans le N° de sept. 1882, de la *Revue clinique d'Oculistique du Sud-Ouest*, sont publiées, in-extenso, trois observations recueillies par le Dr Réal à la clinique de M. de Wecker relatives à l'emploi du jéquirity. La guérison a été obtenue dans les trois cas.

Les matériaux ne manquent pas dans les Flandres et

---

(1) *Annales d'Oculistique*. t. LXXXVIII, 1882, p. 24.

en Algérie, pays ravagés par les granulations, et les médecins peuvent s'y livrer à une vaste expérimentation qui, seule, permettra d'apprécier, à leur juste valeur, les effets thérapeutiques de la liane à réglise ou jéquirity du Brésil.

L'inoculation du pus blennorrhagique ou, mieux, de l'ophtalmie purulente franche des nouveau-nés, que la nouvelle médication est peut-être à la veille de faire disparaître de la pratique médicale, est actuellement adoptée par la plupart des ophtalmologistes dans les cas de conjonctivite et de kératite granuleuses chroniques, *alors que tous les moyens et procédés mis en usage ont été reconnus impuissants*. C'est certainement, comme l'a dit M. Warlomont « *un remède capable de guérir les incurables* » mais on ne saurait en faire un traitement applicable à tous les cas indifféremment; il a ses indications et ses contre-indications, et c'est, sans doute, pour ne pas avoir appliqué la méthode dans toute sa rigueur qu'on a compté des revers.

Nous allons essayer de résumer brièvement l'état actuel de cette question, si importante au point de vue pratique, dans certains pays, de l'inoculation du pus blennorrhagique ou, mieux, du pus de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés dans le traitement de la kératite et de la conjonctivite granuleuses rebelles.

Le professeur *F. Jœger* père, de Vienne (1), ayant remarqué que des malades atteints de blennorrhagie guérissaient complètement de la kératite et de la conjonctivite granuleuses rebelles après s'être involontairement inoculé le pus de leur uréthrite, eut le premier l'idée de recourir

---

(1) F. Jœger. — *Die Egyptische*. Vienne, 1840.

à l'inoculation volontaire, moyen dont la nature venait de lui révéler la puissance curatrice. A ses succès nombreux et éclatants vinrent, peu à peu, s'ajouter ceux de *Piringer* (2), de *Van Roosbroeck,* de *Hairion*, etc. Assez bien accueillie en Angleterre, en Italie, en Amérique et surtout en Belgique, l'inoculation fut d'abord repoussée par les chirurgiens français comme une opération « *immorale, irrationnelle* et *bonne à laisser aux essayeurs chirurgiens, oculistes ou non* ». Mais depuis, M. *Warlomont* (3) pendant plus de trente ans, s'est fait, comme il le dit lui-même, le *Pierre l'Ermite* éloquent d'une croisade en faveur de cette méthode, et, de nos jours, M. *Brière* (4) a plaidé sa cause avec la chaleur que donnent une ardente conviction et une pratique couronnée de succès. Il est vrai de dire que l'inoculation a parfois donné lieu à de sanglants mécomptes, et c'est ce qui explique comment, aujourd'hui encore, nous voyons des hommes de valeur ne la pratiquer « qu'en désespoir de cause ». Cependant, sans aller jusqu'à répéter « qu'il ne se fait rien de mieux en ophtalmologie, » il est juste de reconnaître que les succès merveilleux sont la règle, les revers, l'exception, et que cette pratique s'est, pour ainsi dire imposée, prenant définitivement bonne place dans la thérapeutique oculaire.

Après avoir consciencieusement étudié et recherché les causes des désastres, on en était arrivé, il y a quelques années, à formuler ainsi les conditions de succès de l'inoculation :

---

(2) Piringer. — *Die Blennorrhœain, etc.*, 1840.

(3) Warlomont. — *Du pannus et de son traitement. Ann. d'oculist.* t. XXXII, p. 149.

(4) Brière. — *Du traitement du pannus, etc., in Bullet. de Thérap.*, sept., 1873.

1° Le pannus granuleux, déjà traité par tous les moyens appropriés, doit être *total*, c'est-à-dire s'étendre à toute la cornée.

2° Il doit être suffisamment épais *(pannus sarcomateux)* pour qu'on ne puisse plus distinguer l'iris à l'éclairage oblique.

3° Il doit être *binoculaire*.

4° Il ne doit exister ni ulcérations, ni staphylômes cornéens, ni xérosis conjonctival.

L'application de ce moyen se trouvait être ainsi limitée à un très petit nombre de cas, mais il y eut des chirurgiens plus hardis, et on a pu inoculer et guérir un œil malade en protégeant efficacement l'œil sain. Nous avons aujourd'hui un appareil protecteur parfait ; c'est le *monocle en caoutchouc* du Dr Maurel, fabriqué par M. Galante. Cependant, malgré toutes les précautions les plus minutieuses prises par un malade intelligent, malgré toute la surveillance possible de la part du médecin, malgré la perfection du *monocle Maurel*, il restera encore pour l'œil sain les risques d'une contamination, et dès lors je pense qu'un certain nombre de médecins hésiteront longtemps à inoculer un pannus *unilatéral*.

La thèse changerait absolument si nous avions la certitude d'être complètement maîtres de l'évolution de la conjonctivite purulente inoculée, car alors nous guéririons non seulement la kératite mais encore la conjonctivite granuleuse *avec retour de la muqueuse à l'état normal*. « Ce serait idéal » pour me servir de l'expression de M. Abadie.

Pour M. *Landolt*, le peroxyde d'hydrogène ou *eau oxygénée*, antiseptique puissant, tarissant vite la suppuration et lui enlevant son caractère septique et destructeur, est

surtout indiqué dans les *conjonctivites purulentes de toute nature*, blennorrhagique, des nouveau-nés, etc... C'est encore pour ne pas me répéter, qu'il n'a pas été question de ce médicament au chapitre « Traitement de la conjonctivite purulente des nouveau-nés » à côté de l'*iodoforme*. On sait toutes les recherches, toutes les tentatives faites depuis quelques années pour trouver un antiseptique *oculaire* parfait. Problème difficile, car, en raison de la délicatesse de l'organe, les agents antiseptiques ordinaires, acide phénique, acide salicylique, etc., deviennent nuisibles à la dose de concentration nécessaire, tandis qu'à dose moindre ils perdent leur puissance antizymotique. L'*eau oxygénée* paraît à M. *Landolt* « réunir toutes les qualités d'un antiseptique applicable à l'organe visuel. »

L'action physiologique de l'eau oxygénée a été récemment étudiée par MM. *Regnard*, *P. Bert*, *Péan* et *Baldy*, etc., aux communications desquels nous renvoyons le lecteur soucieux d'être au courant de la question. Il résulte de ces travaux que l'action antifermentescible du peroxyde d'hydrogène est des plus énergiques et qu'il constitue un antiseptique actif, *intus et extra*.

Dans un travail inséré dans le N° de sept.-oct. 1882, des *Archives d'Opht.*, et considéré par son auteur comme introduction à une série d'observations à publier, M. Landolt donne les résultats obtenus par l'emploi qu'il fait depuis longtemps déjà de cet agent.

Voici les conclusions de ce travail : (1)

« L'eau oxygénée paraît être un antiseptique puissant

---

(1) *Loco citato*, p. 403.

et un médicament de grande valeur dans la thérapeutique oculaire.

» Elle suspend promptement la suppuration et semble lui ôter son caractère septique et destructeur. Son emploi n'offre aucun danger et n'est pas douloureux.

» Elle est surtout indiquée dans les *conjonctivites purulentes de toute nature*, dans toutes les ulcérations de la cornée simples et serpigineuses, dans la suppuration des voies lacrymales.

» Il est probable qu'elle peut rendre d'aussi grands services comme antiseptique dans la chirurgie oculaire.»

En parcourant les quelques articles publiés il y a plusieurs mois par la *Gazette des hôpitaux*, le lecteur emporte la conviction que leurs auteurs MM. *de Wecker*, *Galezowski*, *Abadie* et *Bailly* considèrent le *nitrate d'argent* comme le moyen infaillible de maîtriser la conjonctivite purulente ou blennorrhéique et d'empêcher ses ravages sur la cornée. Plus récemment encore, M. *Abadie*, dans un travail intéressant inséré dans les *Annales d'Oculistique* (mai-juin 1882) s'exprime de la façon suivante à ce sujet : « Nous possédons un moyen sûr et certain de maîtriser la conjonctivite purulente que nous inoculons. Je crois avoir démontré, en effet, qu'en cautérisant aussi complètement que possible la muqueuse, avec une solution de nitrate d'argent à 3 °/₀ et *répétant ces cautérisations toutes les douze heures*, on est *certain* de prévenir les complications cornéennes si elles ne se sont encore produites, et de les enrayer si elles existent déjà. Ayant donc en main la puissance de modérer à notre gré l'évolution de la conjonctivite purulente et de la maîtriser dans des limites où la cornée est respectée, nous étions, par cela même, autorisé à tenter l'inoculation sur

des yeux atteints de granulations sans pannus protecteurs. »

Conséquent avec lui-même, notre distingué confrère a inoculé l'œil gauche d'un malade atteint de kératite granuleuse et *ulcéré*, l'œil droit *sain* ayant été protégé par le *monocle* Maurel.

Quatre mois après l'inoculation, les granulations avaient disparu, mais le quart supérieur de la cornée est occupé par un leucôme adhérent. Le malade a repris ses occupations. M. Abadie déclare « avoir été *assez satisfait* de cette tentative pour recommencer à l'occasion ». Sa certitude me paraît avoir été, néanmoins, quelque peu ébranlée, car il dit plus loin : « En prenant les précautions rigoureuses que nous avons indiquées, en jugulant la maladie pendant sa période d'intensité par les cautérisations pratiquées toutes les douze heures, on est à *peu près* certain de prévenir les accidents graves.

Mais, il y aurait peut-être un autre moyen de tourner la difficulté...; ce serait de chercher *à atténuer* la virulence du pus inoculé (1). Avant donc de chercher à substituer cette méthode de traitement pour les conjonctivites granuleuses chroniques rebelles aux cautérisations habituelles, il y a encore des réserves à faire, et ce n'est qu'à la suite de nombreux essais qu'on pourra arriver à reconnaître, si elle est d'une application réellement pratique. »

J'approuve complètement ces conclusions et je crois

---

(1) F. Krause (*Centralblatt. für.* Pr. Aug., mai 1882) a cultivé le micrococcus de l'ophtalmie purulente, et le produit de cultures successives inoculé dans le sac conjonctival de quatre lapins a réussi à produire l'ophtalmie purulente. D'après M. Dianoux (*Revue clin. d'Oculist.*, nov. 1882) des expériences instituées par lui avec le Dr Rappin sur l'inoculation du produit de la culture du microbe de la blennorrhagie sur des lapins n'auraient pas abouti, tandis que *Bokeis* aurait réussi deux fois en l'inoculant sur des étudiants.

prudent de s'en tenir jusqu'à nouvel ordre aux indications posées plus haut.

Jusque dans ces derniers temps on a vu, dans l'inoculation blennorrhagique, un *irritant substitutif* d'une grande activité et l'application de cette loi de thérapeutique générale « qu'une inflammation chronique cède souvent à une inflammation aiguë ». *Iwanow* admettait l'action destructive du pus inoculé sur les *glandes tubuleuses* dont il faisait la caractéristique anatomique des granulations conjonctivales (1).

Aujourd'hui, les travaux immortels de Pasteur sur les organismes inférieurs, les recherches de *Haab*, de *Sattler*, de *Krause*, etc., sur les microbes de la conjonctivite purulente et de la conjonctivite granuleuse permettent de donner une théorie peut-être plus séduisante pour l'esprit de l'action de ce moyen thérapeutique. Quand on étudie les infiniments petits, on s'aperçoit que « nul monde, comme le dit *Duclaux*, ne montre mieux l'exemple de la lutte pour l'existence » (2), et que dans un même milieu deux microbes différents ne peuvent vivre sans que l'un détruise l'autre. La loi commune est de dévorer ou d'être dévoré.

« Selon nous, dit M. Abadie, la muqueuse conjonctivale constitue un terrain sur lequel peuvent germer et se reproduire le microbe de la conjonctivite purulente et celui de la conjonctivite granuleuse, mais l'un finit par étouffer l'autre. Quand le sol conjonctival est épuisé, après avoir été envahi et fouillé en tous sens et dans toute sa profondeur par le microbe de l'ophtalmie purulente, il est désormais stérile et privé des éléments nécessaires au

---

(1) *Annales d'oculistique*, mars-avril 1879.

(2) E. Duclaux. — *Ferments et maladies*, 1882.

développement du microbe de la conjonctivite granuleuse. La guérison est complète et définitive. »

Sans aucun doute, si les résultats que donnera la pratique répondent à ces données théoriques, le traitement de la conjonctivite granuleuse aura fait un grand pas. D'un autre côté, s'il suffit d'un *seize cent millième de nitrate d'argent* introduit dans le liquide nourricier pour arrêter brusquement la végétation de l'aspergillus, si l'acide borique et salycilique tuent la *torulacée* des urines ammoniacales, ne peut-on espérer qu'un jour, peut-être prochain, quelque savant expérimentateur découvrira l'agent thérapeutique qui empêchera de vivre le microbe de la conjonctivite granuleuse? Nous ne serions plus ainsi réduits à chercher la guérison dans la lutte pour l'existence entre deux microbes, lutte dans laquelle la victoire ne laisse pas que d'être parfois trop chèrement achetée par l'organe malade qui en a été le théâtre.

La matière à inoculer doit être le *pus frais* d'une ophtalmie purulente ou blennorrhéique, ou bien d'une uréthrite blennorrhagique elle-même, recueilli à la période aiguë de ces affections.

M. Warlomont, dans son mémoire, déclare « prendre le pus blennorrhagique qu'il peut se procurer, *sans s'inquiéter de ses caractères.* » Il me semble au moins prudent de s'assurer que l'uréthrite ne s'accompagne pas d'un chancre du canal. En général, on s'accorde à reconnaître à l'ophtalmie purulente franche des nouveau-nés, un degré de *virulence* suffisant, c'est seulement lorsque l'inoculation a échoué qu'on a recours au pus de la blennorrhée pour une seconde tentative. Un pinceau de blaireau en est imbibé, puis promené sur toute la surface conjonctivale; dix-huit heures après, chiffre

moyen, on assiste au début de l'évolution d'une conjonctivite purulente très intense.

Picotement et larmoiement suivis de gonflement considérable des paupières et de chémosis conjonctival; douleurs périorbitaires des plus vives. Bientôt la sécrétion purulente s'établit et persiste en moyenne pendant 15 à 20 jours; puis vient la période de rétrocession et de résorption des produits pathologiques infiltrés dans la cornée et dans la conjonctive ; elle peut durer plusieurs mois avant le retour de ces membranes à leur état normal.

Toutes les fois que l'inoculation a été pratiquée sur des granuleux atteints de *pannus total et sarcomateux*, on peut, à l'exemple de *Van Roosbroeck*, *Hairion*, *Warlomont*, *Brière*, abandonner l'ophtalmie purulente à sa marche régulière et se borner à prescrire des lavages fréquents avec un liquide antiseptique, l'eau boratée de préférence, mais il n'en sera plus de même si la violence du processus menace gravement la cornée. Le chirurgien aura recours dans ces cas aux cautérisations de la conjonctive pratiquées *toutes les douze heures* avec la solution de nitrate d'argent au 1/40, et à l'instillation trois ou quatre fois par jour du collyre au sulfate neutre d'ésérine (0,05 centigr. pour 10 gr. eau distillée).

Par contre, il est certains cas dans lesquels, pour me servir d'une expression vulgaire, l'inoculation ne *prend* pas, et doit être, comme la vaccination, pratiquée différentes fois: cela tient, ou bien à ce que le pus n'était pas *frais*, ou bien à ce que la conjonctive est devenue réfractaire, à la suite des cautérisations nombreuses qui l'ont transformée en tissu cicatriciel, ou, enfin, à ce que la conjonctivite purulente qui a fourni la matière à inoculer n'était pas très *franche*, ni à sa période *aiguë*.

Lille. Imp. Camille Robbe.